UEBER

PERIODISCHE MANIE.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

HUGO LEVIN

appr. Arzt

aus Bahn in Pommern.

STRASSBURG i. E.

Buchdruckerei C. Goeller, Magdalenengasse 20.

1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. Jolly.

MEINEN ELTERN

IN

DANKBARKEIT GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0100

Es ist eine schon lange gekannte Thatsache, dass gewisse Geistesstörungen in Anfällen auftreten, die sich nach längeren oder kürzeren anfallsfreien Zwischenzeiten wiederholen. Ein solcher periodischer Verlauf ist bei den Krankheiten des Nervensystems ja keineswegs selten, und wenn wir Neuralgien und Neurosen, Hysterie und Epilepsie in periodischen Anfällen auftreten sehen, so hat die Thatsache, dass auch Funktionsstörungen des Gehirns sich mehr oder weniger regelmässig wiederholen, dass es also auch periodisch verlaufende Psychosen giebt, als solche nichts auffallendes. Damit ist natürlich keineswegs gesagt, dass die Erklärung dieser Erscheinung leicht wäre, oder dass die Ursache dieses so charakteristischen Krankheitsverlaufs ohne Schwierigkeiten zu entdecken wäre. Gerade das Gegenteil ist der Fall, und das grosse Dunkel, das über den meisten Fällen einfacher Psychosen, zu denen auch das periodische Irresein gemäss dem Inhalt der einzelnen Anfälle zu rechnen ist, in ätiologischer und anatomischer Hinsicht ruht, wird durch die Periodicität des Verlaufes nur noch erhöht. Es kann daher nicht auffallen, dass die Auffassungen der in Rede stehenden Krankheitsform vielfach von einander abweichen, und dass über die Aetiologie und pathologische Bedeutung der Periodicität, einer Erscheinung, für deren Erklärung der Hypothese notgedrungen der weiteste Spielraum offen bleiben

muss, eine allseitig anerkannte Anschauung nicht vorliegt; ist doch selbst über den klinischen Verlauf des periodischen Irreseins noch manches kontrovers.

Dass eine so frappante und in die Augen fallende Erscheinung, wie die mehr oder minder regelmässige Wiederkehr maniakalischer resp. melancholischer Anfälle, in der medizinischen Wissenschaft schon lange bekannt ist, darf nicht Wunder nehmen. So finden wir denn, von den Autoren des Altertums abgesehen [1]), bereits um die Mitte des vorigen Jahrhunderts bei Medicus in seiner „Geschichte der periodischen Krankheiten [2]) eine Anzahl hierher gehöriger Fälle, mitgeteilt. Weit eingehender und kritischer wie dieser ist Pinel [3]).

Pinel unterscheidet eine regelmässige und unregelmässige Form der periodischen Manie. Bei der ersten Art ist der Eintritt des Anfalles von äusseren, insbesondere atmosphärischen Einflüssen abhängig; bei weitem am häufigsten treten die Anfälle mit der heissen Jahreszeit ein und schwinden auch mit derselben. Bei der unregelmässigen Form sind es weniger atmosphärische Einflüsse, die den Ausbruch des Anfalls bedingen, als vielmehr Ursachen mehr subjektiver Art, wie Aufregung, Schreck, Zorn oder auch unbekannte Gründe. Diese Form giebt eine weit bessere Prognose als die erste.

Vermissen wir bei Pinel die Betonung der Besonderheiten und Eigenartigkeit der intermittierenden Seelenstörungen gegenüber den kontinuierlichen, vermissen wir eine schärfere Hervorhebung der periodischen Manie als eines besonderen, in sich abgeschlossenen Krankheitsbildes, so finden wir eine ausgezeichnete und

[1]) cf. Falk, Zeitschrift f. Psych. Bd. 23. p. 561.

[2]) Karlsruhe, 1764. p. 37—44.

[3]) Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la Manie.

in ihren Hauptzügen auch heute noch giltige Schilderung dieser Krankheit bei Esquirol[1]).

Derselbe betont zunächst die grosse Häufigkeit der intermittierenden Manie; etwa der dritte Teil sämmtlicher Fälle von Manie gehört der periodischen Form an. In gleicher Weise wie bei der Intermittens, lässt sich auch hier für den Ausbruch der Anfälle ein quotidianer, oder tertianer, oder quartaner Typus feststellen, oder der Anfall kehrt nur alle Wochen wieder, oder auch nur alle Monate, oder alle drei Monate, oder im Jahre zwei Mal. In noch andern Fällen wiederholen sich die Anfälle erheblich seltener, es kommt im Jahr nur ein Anfall vor, oder dieselben stellen sich alle zwei, drei oder vier Jahre ein. Für den Eintritt des Anfalls ist häufig kein anderer Grund kenntlich, als der Tag oder die Jahreszeit in der die Anfälle erfahrungsgemäss zum Ausbruch kommen; oder aber es sind bestimmtere Ursachen für den Ausbruch des Paroxysmus verantwortlich zu machen; diese sind dann häufig bei jedem Anfall die gleichen, bald sind sie psychischer bald somatischer Natur; so werden die Anfälle durch Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen oder accidentielle Krankheiten bedingt. Esquirol führt zwei Fälle an, wo der Ausbruch der Manie mit einer jedesmaligen syphilitischen Infektion Hand in Hand ging, er weist auf den grossen Einfluss hin, den Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Laktation auf den Ausbruch eines maniakalischen Anfalles haben. Hautausschläge, Alkoholmissbrauch, Uterinleiden, Phtisis und Epilepsie bedingen den Anfall. Viele Anfälle zeichnen sich durch ihre grosse Regelmässigkeit aus, sowohl hinsichtlich der Zeit ihres Eintritts, als auch hinsichtlich ihres Verlaufes, ihrer Symptome

[1]) Des maladies mentales. Paris, 1838. p. 168.

und ihrer Dauer. Viele Anfälle haben Vorläufer, melancholischer oder maniakalischer Natur und häufig besteht ein Vorgefühl des nahenden Anfalls. Im Allgemeinen enden die einzelnen Paroxysmen plötzlich und die Heilung ist eine vollständige, seltener bleiben Störungen zurück. Das körperliche Befinden leidet während der Anfälle häufig ausserordentlich und eine Abmagerung bis zum Marasmus ist nicht selten; kaum haben die Kranken in der anfallsfreien Zeit seelisch und körperlich ihre Gesundheit wieder erlangt, da erfolgt ein neuer Anfall, der das Erreichte wieder vernichtet. Nicht selten beobachtet man einen regelmässigen Wechsel zwischen Manie und Phthisis, Hypochondrie oder Melancholie. Was die Prognose anbetrifft, so heilen die ersten Anfälle meist vollkommen, sind aber vier Anfälle bereits vorhanden gewesen, so ist die Aussicht auf eine definitive Heilung sehr gering geworden.

Ich habe die Esquirol'sche Schilderung der periodischen Manie etwas eingehender wiedergegeben, weil sie ein Bild von derselben entwirft, dessen wesentlichste Züge auch heute noch gelten. Hierhin rechne ich vor allen Dingen den Hinweis auf eine gewisse Regelmässigkeit des Verlaufes und Gleichartigkeit der Symptome, auf die in neuerer Zeit ein ganz besonderer Wert gelegt worden ist. Dann die Erkenntnis der sekundären Auslösung vieler Anfälle und die besondere Bedeutung, die den physiologischen und pathologischen Veränderungen in der weiblichen Genitalsphäre in dieser Hinsicht zukommt.

Die Schilderung des Einzelanfalles mit seinen Prodromalerscheinungen und seinem ziemlich plötzlichen Ende, die Beeinträchtigung des körperlichen Zustandes mit dem Sinken des Körpergewichts während des Anfalles, die zweifelhafte Prognose bei häufiger Wieder-

kehr der Paroxysmen, alles das muss auch heute noch als durchaus zutreffend bezeichnet werden. Dass auch mannigfache Irrthümer, wie es die Einbeziehung vollkommen heterogener Zustände, wie Phthisis und Epilepsie in einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Anfall ist, mit unterlaufen, und dass der erste Versuch einer rationellen Aetiologie, so anerkennenswerth ein solcher auch ist, nicht vollkommen sein konnte, darf nicht verwundern. Der Hauptmangel der Esquirol'schen Schilderung dürfte indess in der fälschlichen Anschauung über die anfallsfreien Zwischenzeiten gelegen sein. Wenn auch Esquirol bereits Fälle kennt, in denen eine vollständige psychische restitutio ad integrum nicht eingetreten ist, nimmt er solche für die grosse Mehrzahl der Fälle doch an. Das ist ein Irrtum.

Die Frage der lucida intervalla spielt in der Lehre vom periodischen Irresein eine sehr grosse Rolle, nicht nur weil sie praktisch, speziell forensich, wichtig ist, sondern weil sie für das Verständnis und die Gesammtauffassung dieser interessanten Krankheit von der allergrössten Bedeutung ist.

Es ist von vornherein die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass ein Individuum zwei Mal oder auch noch häufiger von einem maniakalischen Anfall ergriffen werden kann, ohne dass die einzelnen Anfälle in irgend welcher gegenseitigen Beziehung zu einander stünden; wir haben es dann einfach mit von einander vollkommen unabhängigen Recidiven der Krankheit zu thun, und die Gesetzmässigkeit, mit der sich dieselben abspielen, und die grosse Aehnlichkeit des Verlaufes würden als solche uns noch nicht berechtigen, in ihnen nur den symptomatischen Ausdruck eines andauernd bestehenden pathologischen Zustandes zu erblicken. In der That ist neuerdings von Mendel[1])

[1]) Die Manie, eine Monographie, Wien, 1881. p. 74.

die Ansicht ausgesprochen worden, dass es sich in allen Fällen periodischer Manie zunächst nur um Recidive handle, die erst im weiteren Verlauf zu einer kontinuierlichen, auch zur Zeit der Remission fortbestehenden Seelenstörung führten. Ich werde im weiteren Verlauf dieser Arbeit hierauf noch einmal zurückzukommen haben.

Die Berechtigung, das periodische Irresein als eine selbstständige und in sich abgeschlossene Krankheitsform anzusehen, wurde erst erlangt, als Spielmann[1]) und Flemming[2]) darauf hinwiesen, dass die anfallsfreien Zwischenzeiten nicht, wie man bisher annahm, einen Zustand vollkommener psychischer Gesundheit darstellen, sondern dass auch in ihr Symptome des fortbestehenden Leidens nachweisbar sind. Mehr oder minder deutliche Störungen des Gemütes oder der intellektuellen Sphäre sind auch in den Intervalen stets vorhanden. „Reflexe oder Schatten, wie Spielmann treffend bemerkt, die zwar allzu vorübergehend und nicht beträchtlich genug sind, um den Namen der Seelenstörung zu verdienen, die aber gleichwohl als Abweichungen vom normalen psychischen Leben anerkannt werden müssen.“ Allerdings sind diese Symptome psychischen Defektes häufig ausserordentlich minimal und nur einer sehr sorgfältigen und eingehenden Beobachtung zugänglich, so dass man Mendel[3]) Recht geben muss, wenn er sagt, dieselben seien im Anstaltsleben häufig nicht nachweisbar und erst deutlich, wenn der Kranke wieder vor die Aufgaben des Lebens gestellt ist, oder wenn man im Stande ist, das gesammte psychische Leben des Intervalls mit dem vor Ausbruch der Krank-

[1]) Diagnostik d. Geisteskrankheiten. Wien, 1855. p. 324.
[2]) Pathologie u. Therapie d. Psychosen. Berlin, 1850. p. 263.
[3]) l. c. p. 78.

heit zu vergleichen. Uebrigens hat Kirn[1]) darauf aufmerksam gemacht, dass sich diese Störungen nicht notgedrungen in der intellektuellen Sphäre bemerkbar machen müssen, sondern dass sie durch gewisse äquivalente neurotische Erscheinungen, wie Cephalalgien, Neuralgien, Hyperästhesien, vertreten werden können. Jedenfalls wird man Schüle[2]) beistimmen müssen, wenn er sagt, es gehöre zum Begriff der periodischen Psychose, dass die Zwischenzeit nicht vollkommen rein ist; die sogenannten lucida intervalla sind keine Intermissionen, sie stellten nur Remissionen eines konstant bestehenden Krankheitszustandes dar.

War durch die genannten Arbeiten von Spielmann und Flemming das periodische Irresein als selbstständiges, wohl charakterisiertes Krankheitsbild von den übrigen Psychosen, speziell der einfachen recidivierenden Manie, gesondert worden, so hat sich die neuere Litteratur über diesen Gegenstand, abgesehen von einschlägigen kasuistischen Mitteilungen, hauptsächlich mit der Anbahnung einer wissenschaftlichen Pathogenese und mit dem weiteren Ausbau der einzelnen Formen der periodischen Psychose beschäftigt. In letzterer Beziehung muss vor allem die bedeutsame Bereicherung angeführt werden, welche die Lehre von dem periodischen Irresein bereits anfangs der fünfziger Jahre durch Falret und Baillarger erhalten hat.

Während man vor den beiden genannten Autoren als die beiden einzigen Formen der periodischen Psychose, die periodische Manie und Melancholie kannte, wurde durch Falret und Baillarger eine dritte Form, das sog. cirkuläre Irresein beschrieben, das in einem regelmässigen Wechsel maniakalischer

[1]) Die periodischen Psychosen, Stuttgart, 1878. p. 10.

[2]) Handbuch der Geisteskrankheiten. p. 426.

und melancholischer Anfälle besteht. Zwar kannte auch Esquirol[1]), wie oben erwähnt, schon Fälle, in denen Anfälle von Melancholie und Manie in regelmässiger Weise mit einander wechselten, aber er erblickte darin nur etwas zufälliges und meinte, in gleicher Weise alternierten die maniakalischen Anfälle auch mit solchen von Phthise und Hypochondrie. Erst Falret[2]) und ziemlich gleichzeitig Baillarger[3]) wiesen darauf hin, dass hier eine nicht seltene Form der periodischen Psychose vorliege, für die der regelmässige Wechsel zwischen Manie und Melancholie charakteristisch sei, und die daher von Falret folie circulaire von Baillarger folie à double forme genannt wurde. Besonders der erstgenannte Autor giebt eine sehr eingehende Schilderung des genannten Zustandes, weist auf die grosse Aehnlichkeit und „monotone" Gleichheit der einzelnen Perioden der Krankheit hin, spricht den einzelnen maniakalischen und melancholischen Phasen einen typischen Charakter zu, indem diese nach ihm mehr in ihren Allgemeinzügen hervortreten, während eigentliche Ideenflucht und Halluncinationen selten sind, und erörtert die schlechte Prognose. Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit auf die genannten Ansichten Falret's und dessen Schilderung des cirkulären Irreseins einzugehen; dieselben haben in den neueren Arbeiten von L. Meyer[4]), Dittmar[5]) und Kirn[6]) nur eine teilweise Bestätigung gefunden.

[1]) l. c. p. 170.

[2]) Bulletins de l'acad. de méd. T. XIX. 1854. Maladies mentales, 1864. p. 456.

[3]) Annales médio-psychologiques. 1854.

[4]) Ueber cirkuläre Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. V. S. 139.

[5]) Ueber regulatorische u. über cyklische Geistesstörungen. Bonn, 1877.

[6]) l. c.

Nachdem es durch die genannten beiden französischen Autoren unzweifelhaft gemacht ist, dass das cirkuläre Irresein den periodischen Psychosen zugerechnet werden muss, teilt man letztere nach dem Inhalt der einzelnen Anfälle ein in periodische Manie, Melancholie und cirkuläres Irresein.

Von diesen dreien ist die periodische Manie unzweifelhaft die häufigste Form. Alle Autoren sind darin einig, dass sie die periodische Melancholie um ein erhebliches, das cirkuläre Irresein um ein geringes an Häufigkeit überragt. Aus dem Material der Strassburger psychiatrischen Klinik kann ich das nur bestätigen. Auf zehn Fälle periodischer Manie, die seit dem Jahre 1872 hier beobachtet wurden, kommen zwei Fälle periodische Melancholie und sieben Fälle cirkulären Irreseins. Ich möchte indess bemerken, dass es ein Irrtum wäre, aus dieser relativen Häufigkeit der periodischen Manie auch ihre absolute zu folgern; ganz im Gegenteil muss auch die periodische Manie als eine im ganzen seltene Erkrankungsform bezeichnet werden.

Wie ich oben bereits gesagt habe, war Esquirol[1]) der Ansicht, dass $^1/_3$ aller Fälle von Manie einen periodischen Verlauf nähmen. Diese Zahl ist zweifellos viel zu hoch gegriffen.

Die Bestimmung des Häufigkeitsverhälnisses der periodischen Manie zu der einfachen ist nicht leicht, weil der Begriff der periodischen Manie, trotz der grossen Fortschritte, die die neuere Zeit in der Erkenntnis und Würdigung dieser Krankheit gemacht hat, immer noch unsicher ist, so dass es eine Anzahl von Fällen giebt, in denen es ganz von dem subjektiven Belieben der einzelnen abhängig ist, ob er sie zur periodischen Manie rechnen will oder nicht. Ich habe dabei nicht die Differentialdiagnose zwischen periodischer und

[1]) l. c. p. 168.

recidivierender Manie im Auge, ich denke vielmehr an Fälle, wo im Verlauf von chronischen Psychosen sehr verschiedener Art periodisch sich wiederholende Anfälle von Manie auftreten, die, wenn sie auch nicht die Grundaffektion darstellen, einer gewissen Selbstständigkeit doch nicht entbehren. So findet man z. B. primären Schwachsinn, oder chronischen Alkoholismus zuweilen mit periodischer Manie gepaart. Ich werde weiter unten einen derartigen Fall mitteilen. (3. Krankengeschichte.) Sodann giebt es Fälle, in denen drei oder vier maniakalische Anfälle, die nach dem Charakter der Insulte oder der Intervalle nicht als Recidive gedeutet werden können, in relativ kurzer Zeit einander folgen, ohne sich dann in den nächsten Jahren zu wiederholen. Auch diese Fälle können verschieden aufgefasst werden, und derartiger zweifelhafter Fälle giebt es noch eine ganze Anzahl.

Erkennt man nur die zweifellosen und wirklich reinen Fälle periodischer Manie als solche an, so muss ihre Zahl als eine geringe bezeichnet werden. Auf 131 Fälle einfacher Manie, die seit dem Jahre 1872 auf der hiesigen psychiatrischen Klinik beobachtet wurden, kommen nur 5 Fälle reiner periodischer Manie, d. h. 3,6 %. Rechnet man auch Fälle obengenannter Art zur periodischen Manie, und ich glaube, dass man das thun kann, so steigt ihre Zahl auf 10, d. h. 7,1 %. Auch so ist also die Häufigkeit der periodischen Manie nur eine geringe und von $^1/_3$, wie Esquirol annahm, kann keine Rede sein.

Dem ungeachtet ist die periodische Manie die praktisch wichtigste Form des periodischen Irreseins, schon weil sie der häufigste Ausdruck dieser Krankheitsform ist, und es darf daher nicht Wunder nehmen, dass sie schon lange Gegenstand eines eingehenden Studiums geworden ist.

Trotzdem ist die periodische Manie durchaus nicht ein Krankheitsbild, über das hinsichtlich der Genese, der Symptome und des Verlaufes unter den Autoren vollkommene Uebereinstimmung herrscht; vielmehr sind eine ganze Reihe von Punkten noch kontrovers, und in mehr wie einer Beziehung gegen die Ansichten, die in der einschlägigen Litteratur niedergelegt sind, auseinander.

Bei der relativen Häufigkeit der periodischen Manie und dem grossen Interesse, das ihr demgemäss zukommt, dürfte der Versuch wohl gerechtfertigt erscheinen, zur Entscheidung der in Rede stehenden Punkte einiges beizutragen. Ich habe daher auf Anregung des Herrn Prof. Jolly das Material der hiesigen psychiatrischen Klinik daraufhin untersucht und erlaube mir die Resultate dieser Untersuchung in Folgendem niederzulegen.

Vorher sei es mir indess gestattet, die Krankengeschichten der zehn Fälle von periodischer Manie, die auf der hiesigen Klinik beobachtet wurden, mitzuteilen, da an der Hand derselben die Besprechung der in Betracht kommenden Fragen wohl am besten geschieht. Dabei muss ich allerdings darauf verzichten, sämmtliche 10 Krankengeschichten wörtlich mitzuteilen, da das den Rahmen dieser Arbeit weit überschreiten würde. Ich beschränke mich daher darauf, vier recht prägnante Fälle genauer und den Rest in extenso zu veröffentlichen. Unter den vier ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten habe ich absichtlich einen Fall gewählt, der keine reine periodische Manie darstellt. Es ist die dritte Krankengeschichte, bei der auf dem Boden primären Blödsinnes eine periodische Manie zur Entwickelung gekommen ist. Von den im Auszug mitgeteilten sind noch Fall V. und VI. reine und zwar menstruelle periodische Manien. Der Rest gehört gleichfalls den nicht vollkommen reinen Formen an.

Herrn Professor Jolly, durch dessen freundliches Entgegenkommen mir die Krankengeschichten zur Verfügung gestellt wurden, sage ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.

1.

Jakob K., 42 Jahre, Küfer.

Aufgenommen 10. 8. 75.

Beide Eltern in den letzten Tagen gelähmt, sonst keinerlei Familienanlage.

Patient war in seiner Jugend normal und lernte leicht; seit 19 Jahren ist er verheirathet; er hat stets viel Bier und Wein getrunken.

Den ersten Anfall von Irrsinn hatte er vor zehn Jahren, derselbe dauerte 8–14 Tage und äusserte sich vorwiegend in melancholischer Verwirrtheit, die sich bis zum tædium vitæ steigerte. Seit jenem Anfalle ist Patient nicht mehr normal; er kommt durch unzweckmässige Manipulationen und grosse Verschwendung geschäftlich sehr zurück. Von Zeit zu Zeit tritt eine Verschlimmerung des Zustandes ein, er wird dann sehr erregt, glaubt sich bedroht, lärmt und trinkt viel.

Seine jetzige Erregtheit besteht bereits seit acht Wochen; seit dieser Zeit arbeitet er nicht mehr, trinkt sehr stark, läuft herum und beschäftigt sich viel mit Politik.

11. 8. 75. Mürrisch, verdriesslich, giebt keine Auskunft; muss isoliert gehalten werden.

12. Besuch der Schwester. Patient wird sehr aufgeregt, liegt auf dem Boden und schwatzt viel und verwirrt. Stimmung meist gereizt, manchmal deutlich gehoben.

14. Gestern noch sehr aufgeregt, lief den ganzen Tag nackt in der Zelle umher; nachts nach 2 gr Chloral

4 bis 5 Stunden Schlaf, dann wieder sehr laut; heute Morgen matt.

15. Nachts ohne Chloral ruhig, liegt heute still im Bett, sieht sehr benommen aus, giebt keine Antwort; plötzlich richtet er sich auf, versucht die Decke zu zerreissen, klammert sich krampfhaft an die Wand, lässt sich aber schliesslich beruhigen. Nachmittags ruhiger, schläft des Nachts.

20. Heute ganz placide, sitzt im Freien, hält sich ruhig, will gut geschlafen haben.

23. Entlassung.

17. 4. 76. Wiederaufnahme. Pat. ist seit Ostern wieder ganz verwirrt; ein Grund für den Ausbruch des Anfalles ist nicht zu eruiren, indess hat er im Winter sehr angestrengt in der Kälte gearbeitet.

Pat. lärmt, arbeitet umher, zerreisst, zieht sich nackt aus, isst nicht, giebt kaum Auskunft, schwatzt ideenflüchtig und ist heiter exaltiert; nachts unruhig.

20. Fängt an zu essen, nimmt Chloral.

21. Beruhigung, steht auf, fühlt sich benommen.

24. Weitere Beruhigung, heitere Stimmung.

6. 5. Entlassung.

5. 6. 76. Wiederaufnahme. Volle Tobsucht. Verwechslung der eigenen und fremder Personen, beständiger Bewegungsdrang, Neigung sich auszuziehen. Nach einigen Tagen Beruhigung, es bleibt indess eine exaltierte Stimmung bestehen. Pat. hat allerlei Verfolgungsideen, spricht mysteriös über seine Pläne und sendet entsprechende Briefe ab, will zu seiner Erholung aufs Land gehen, etc.

Am 12. 7. wird er ohne Widerstand in die Landesirrenanstalt Stephansfeld verbracht.

27. 2. 81. Fünfte Aufnahme.

Die Frau sagt aus, dass Pat. sechs Monate in Stephansfeld verblieben ist und seit seiner Entlassung

viel an asthmatischen Beschwerden leidet, deretwegen er wiederholt das Spital aufgesucht hat. Im ganzen trinkt er jetzt weniger, immerhin doch regelmässig 1 bis 2 Liter Bier täglich. Er arbeitet jetzt wieder und war am 22. und 23. in Geschäftsangelegenheiten verreist. Draussen scheint er Aerger gehabt zu haben und hat wohl auch stärker getrunken. Am 24. früh ist er sehr still und isst nicht; in diesem Zustande verharrt er zwei Tage. Seitdem wird er wieder mehr und mehr unruhig, er will fort, man kommt ihn holen; er isst fast nichts und sieht elend aus.

5. 3. Bis zum heutigen Tage volle Tobsucht und Ideenflucht. Seit heute zunehmende Beruhigung und viel Schlaf auf Chloralhydrat.

14. Entlassung, nachdem die Beruhigung sich allmählig befestigt hatte.

20. 3. Wiederaufnahme. Wurde heute von zwei Schutzleuten eingeliefert. Nach seinen Angaben will er mittags ziemlich rasch einige Gläser Bier getrunken haben und dann in der Kneipe laut geworden sein. Schwatzte noch lebhaft, als er hier ankam.

2. 4. Pat. sucht ohne Veranlassung Händel mit einem Kranken, drohte diesem und ist sehr aufgeregt. Er läuft meist nackt umher, singt, lacht und benimmt sich läppisch. Abends 1 gr. Chloral.

3. 4. Pat. tantze und sang die ganze Nacht hindurch.

4. 4. Den ganzen Tag gestern war Pat. sehr aufgeregt, sang und tanzte in seiner Zelle. Nachts trotz 2 gr. Chloral keine Ruhe. Heute status idem.

6. 4. Die Aufregung bestand gestern in gleichem Grade fort. Die Nacht schafften 0,02 Morphium einige Beruhigung. Heute Morgen ist der Zustand wieder wie vorher.

10. 4. Seit 2 Tagen hüllt sich Pat. in seine Bettdecke und ist etwas ruhiger. Gestern hatte er sich am ganzen Körper mit Kot verschmiert. Er spricht viel vor sich hin, arbeitet an den Wänden herum und verkennt seine Umgebung.

17. 4. Etwas mehr Klarheit, kindisches Wesen, öfter Verschmierung mit Kot, aber Ruhe.

18. 4. Schwatzt viel und lässt Urin und Stuhl unter sich.

24. 4. In den letzten Tagen noch schwatzhafter, drängt fort, spricht viel über Politik, ist wieder reinlich. Wird heute nach Stephansfeld verbracht, woselbst er nahezu 6 Monate verbleibt.

17. 2. 85. Wiederaufnahme. Grosse Aufregung, Singen, Tanzen, Reimen, Neigung sich auszuziehen. Auch nachts unruhig.

19. 2. Fängt wieder an, den Stuhlgang herumzuschmieren.

27. 2. Abfall der grossen Erregung. Pat. kann wieder mit den andern Kranken zusammen sein, ist aber immer noch selbstbewusst, redselig, lustig.

2. 3. Ruhig, unter den andern möglich, aber noch auffallend lustig, sehr geneigt in alles dreinzusprechen.

7. 3. Wird entlassen, betrinkt sich und kommt in dem alten Zustand zurück. Ueberführung nach Stephansfeld.

7. 12. 87. Achte Aufnahme. Pat. wird in hochgradig erregtem Zustand brüllend eingebracht. Er reisst sich die Kleider vom Leib und droht mit Gewaltthätigkeit. Nach Aussage seiner Frau ist seit einem Monat wieder eine Veränderung in dem Wesen des Pat. zu bemerken. Seit dieser Zeit ist er unruhig, schläft nicht mehr ordentlich, erwacht oft des

Nachts; dabei ist er ängstlich erregt, glaubt immer, man wolle ihn holen. Zwischendurch ist er indess heiter und vergnügt, singt und pfeift. Obwohl er ein eigenes Geschäft gar nicht mehr hat, trägt er sich doch mit grossen Plänen. In seinen Gedanken und Reden spielt eine reiche Cousine eine grosse Rolle, die er indess nie gesprochen hat. Auch beschäftigt er sich viel mit Politik, wenn er abends keine Zeitung gelesen hat, kann er nicht schlafen. Allmählig hat die Erregung dann zugenommen und seit einigen Tagen ist er keinen Augenblick mehr still. Gegen seine Frau ist er besonders zornig, belegt sie mit allen möglichen Schimpfworten und bedroht sie mit dem Messer. Mehr wie gewöhnlich hat er in der letzten Zeit nicht getrunken, betrunken war er nicht.

Der Verlauf des Anfalls in der Anstalt entspricht im wesentlichen den früheren; allmählig tritt eine Abnahme der Erregung ein, die Stimmung ist vorwiegend heiter. Die Entlassung kann am 19. 1. 88. erfolgen.

Seit seiner letzten Entlassung aus der Anstalt hat Pat. zu Haus viel unter Athembeschwerden zu leiden, die ihn zu einem wiederholten Aufenthalt im Spital veranlassten.

Am 12. 12. 88. kam er wieder aus dem Spital nach Hause, woselbst er zwei Tage verblieb; am 14. morgens 5 Uhr erklärte er plötzlich, zu Hause werde er nicht gesund, er müsse wieder ins Spital gehen; er zog sich an und lief um 7 Uhr spornstreichs ins Spital, von wo er bald seiner Aufgeregtheit wegen in die psychiatrische Klinik geschickt wurde. Die beiden Nächte, die er zu Hause verbrachte, war er bereits sehr unruhig, legte sich nicht ins Bett, lief umher und sprach fortwährend.

Eine besondere Ursache für den Ausbruch des An-

falles ist nicht zu konstatieren. Alkoholmissbrauch liegt nicht vor. Pat. giebt über die vielfachen Daten und Umstände seiner früheren Erkrankungen genaue und sichere Auskunft. Sein Gedächtnis ist noch vorzüglich, sein erster Anfall im Jahre 1864 ist, wie er sagt, bedingt gewesen durch „Surexcitation politique", weiterhin bezichtigt er seine Excesse in Baccho.

Seine jetzige Erkrankung schreibt er seinen asthmatischen Beschwerden zu, gegen die er viel Stramonium geraucht hat. Das habe ihn „Männele" sehen machen. Seine Stimmung ist heiter, er gestikuliert viel, macht gern Spässe und lacht häufig. Anderseits wird er auch leicht zornig und schimpft viel.

Der Anfall selber verläuft im wesentlichen den früheren konform.

II.

Salome S., 40 Jahre, verheiratet.

Aufgenommen 20. 5. 81.

Familienanlage fehlt.

Nach Angabe des Mannes war Pat. immer leicht erregbar. Schon vor neun Jahren, als Pat. noch ledig war, wurde sie infolge von Aerger sehr aufgeregt, schrie, sang, lief umher und befand sich drei Wochen in diesem Zustand. Zwei Jahre später trat ein ganz gleicher Anfall ein, ebenfalls durch Zorn bedingt. Seitdem ist Pat. anscheinend normal, bis sie vor einigen Tagen einen Streit mit einer Nachbarin hatte; seitdem ist sie wieder aufgeregt, läuft viel herum, singt, schreit und ist nachts nicht im Bett zu halten. Die Menstruation ist immer nur schwach gewesen; drei Geburten und Wochenbetten verliefen normal.

20. 5. 81. Status præsens:

Kleine, schwache Person mit ausdruckslosem Blick.

Sitzt ruhig da, in sich versunken, achtet nicht auf die Umgebung, blickt dann wieder erstaunt um sich, beginnt zu lächeln, kann sich bald vor Lachen nicht halten, wirft sich auf den Boden, wälzt sich auf der Erde herum, tanzt erst ruhig, dann immer lebhafter und obcöner. Auf Fragen giebt sie meist keine oder falsche Antworten, lässt sich aber doch zuweilen einige Momente fixieren und macht dann einige richtige auf ihre Person und Familie bezügliche Angaben. Plötzlicher Umschlag von heiterer und ausgelassener in ruhige und teilnehmende Stimmung. Spricht in singendem Ton rasch und unverständlich; eine deutlich erotische Stimmung kommt durch zärtliche Blicke und Umfangen zum Ausdruck. Ihre Lippen bewegen sich fortwährend, sie schwatzt meist leise vor sich hin, nur hie und da ein vernehmliches Wort hören lassend. Bisweilen geht sie äussert schlaff und sinkt auch ermattet zu Boden, um sich bald wieder aufzuraffen und ihr ausgelassenes Tanzen, Lachen, Singen, Schwatzen von neuem zu beginnen.

20. Status idem. Pat. isst fast gar nicht, zieht sich hie und da aus, wirft sich zu Boden und fällt zusammen. Urin wird auf den Boden gelassen.

23. Auf Chloral nachts bis 12 Uhr Ruhe. Heute Abend ist Pat. gar nicht zu fixieren, rutscht den ganzen Nachmittag auf dem Boden herum, schwatzt verkehrtes Zeug, zerreisst ihre Kleider, zerzupft Brot.

24. Urin und Stuhl auf den Boden gelassen. Nachts ruhig. Seit dem Morgen ruscht Pat. beständig herum oder reibt mit den Händen Boden und Wände, schwatzt viel vor sich hin, doch immer mit leiser, gedämpfter Stimme. Die Zunge, die von der Pat. nur nach eifrigstem Zureden herausgestreckt wird, ist sehr trocken, obwohl Pat. viel trinkt. Durch das beständige Rutschen auf

den Sohlen und Scheuern mit den Händen ist die Volar- resp. Plantarfläche der Hände und Füsse stark geschwollen, gerötet und sehr schmerzhaft, selbst bei leiser Berührung. Schwer zu fixieren, hie und da deutliches Verständnis des Gesagten, im allgemeinen keine Achtsamkeit. Nacht ruhig.

26. 5. Grosse Schmerzhaftigkeit der Füsse und Hände, besonders an den Fingern. Seit gestern Nachmittag liegt Pat. ruhig im Bett, wie es scheint, infolge der Schmerzen. Manchmal plötzliche Zuckungen des linken Armes.

27. Pat. liegt ruhig im Bett und ist leichter zu fixieren, giebt durch Gesten zu erkennen, dass sie die an sie gerichteten Fragen versteht; bei Berührung, besonders des Abdomens, den ganzen Körper durchschiessende, nur einen Moment dauernde Zuckungen.

Appetit gut. Temp. 35.5. Puls 50, den Tag über Somnolenz. Augenlider etwas gedunsen.

28. Sehr somnolent. Beim Sitzen Schwindel, heute Morgen Temp. 37.1. Puls voller, 60. Erklärt, sie fühle sich gesund, aber schwach.

29. Ruhig, besseres Aussehen, weniger Somnolenz.

30. Allmählige Erholung, noch grosse Schwäche. Völlige Amnesie über ihren maniakalischen Zustand, treffendes Urteil über ihr gegenwärtiges körperliches Befinden.

2. 6. Complete Beruhigung. Entlassung.

30. 3. 83. Wiederaufnahme. Seit zehn Tagen ist Pat. wieder aufgeregt. Gelegentlich der Krankheit eines ihrer Kinder wurde sie unruhig, lief umher, arbeitete nicht mehr recht; im Anschluss an die Menstruation begann dann ausgesprochene Tobsucht. Bei der Inspektion zeigt sich der ganze Körper mit Sugillationen bedeckt, besonders Oberschenkel und Ellbogen, aber

auch das Gesicht. Pat. zeigt psychisch durchaus den gleichen Zustand wie bei der ersten Aufnahme.

5. 3. Der tobsüchtige Zustand dauert zwei Tage an, die zwischen liegende Nacht war mit Hilfe von Chloral ruhig. Nach den beiden Tagen verfiel Pat. in einen Zustand tiefer Ermattung und liegt seitdem ganz somnolent im Bett, indem sie nur wenig Nahrung zu sich nimmt. Erweckt man sie durch Anrufen, so zeigt sie ein moriaartiges, lustiges Benehmen, ohne aber viel die Glieder zu rühren, schliesst auch nach wenigen Minuten die Augen wieder.

9. 3. 83. Nach fünftägigem Schlaf langsames Aufwachen; Amnesie für die Zeit der eigentlichen Tobsucht, erinnert sich dagegen gut an Anfang und Ursache ihrer Krankheit. Die Contusionen sind meist geheilt. Bei gutem Appetit ist Pat. noch sehr schwach. Psychisch bietet sie sonst nichts abnormes; keinerlei melancholische Reaktion.

9. 4. 83. Entlassen.

12. 2. 84. Wiederaufnahme. Die Zwischenzeit verlief ohne auffällige psychische Erscheinungen. Seit zwei Tagen ist Pat. ohne erkenntliche Ursache deprimiert, wortkarg, vollkommen melancholisch.

Bei der Aufnahme besteht die melancholische Stimmung noch fort, doch arbeitet Pat. den Tag über ordentlich.

13. Heute 11 Uhr plötzlicher Ausbruch voller Manie.

15. Der Erregungszustand hält unverändert an und ist den früheren durchaus analog.

20. Seit gestern hat die Erregung nachgelassen. Pat. zeigt ein sehr wechselndes Verhalten. Den grössten Teil des Tages befindet sie sich in einem traumhaften Dämmerzustand, der indessen durch wiederholte Erregungsattaquen unterbrochen wird. Letztere, am Tage etwa zwölf, beginnen mit lautem Weinen und Stöhnen.

das sehr heftig wird, dann in ein weinseliges Predigen und Schreien, voller Pathos, und schliesslich in ausgelassenste Heiterkeit übergeht. Sehr bald und jäh folgt dann wieder die alte Ermattung. Diese Anfälle treten auch des Nachts zuweilen ein.

21. Pat. hat heute zum ersten Mal den ganzen Tag und die halbe Nacht kontinuierlich getobt. Pat. spielt mit dem Stuhlgang. Heute Morgen sind ausgesprochene kataleptische Erscheinungen vorhanden.

23. Nachdem Pat. noch die ganze Nacht hindurch getobt hat, ist sie heute Morgen somnolent im Bette liegen geblieben. Die Regel ist vorhanden, indess sehr schwach.

25. Seit dem 23. morgens im Bett verblieben, ist Pat. völlig somnolent; auf leichte Hautreize öfters zusammenschreckend, antwortet sie dann ungern, manchmal der Kürze wegen absichtlich falsch. Puls 60—70; leichter Bronichialkatarrh, kein Fieber. In den letzten 48 Stunden sind kaum 600 gr. Urin entleert worden; dieser ist sehr dick, spez. Gew. 1030, enthält sehr viel Urate. Spärliche Nahrungsaufnahme.

1. 3. Seither stetige Besserung. Vor vier Tagen hat Pat. noch in somnolentem Zustand das Bett verlassen, matt und gedankenleer. Kein melancholisches Reaktionsstadium, stets heiter und allmählig lebendiger.

27. 2. Anscheinend normal entlassen.

17. 1. 86. Patientin wurde am 26. Dezember 85 entbunden, 4 Tage später stand sie auf. Am 11. dieses hing sie Wäsche zum Trocknen auf, wobei ihr schwindlich wurde; sie fiel infolge dessen drei Sprossen von der Leiter herab aufs Kreuz.

Gleich darauf begann ihre Erkrankung. Sie lachte viel, zeigte eine auffallend heitere Stimmung und wollte ins Dorf gehen, so dass der Mann den Wiederaus-

bruch der Krankheit voraussah, da sie unter gewöhnlichen Umständen ihren Haushalt nicht verlässt.

Nach Angabe des Mannes ist die Zwischenzeit ohne Störung verlaufen; nur zeigte sie sich leicht verzweifelt, wenn die Rede auf Geldausgaben kam.

Ein melancholisches Vorstadium war nicht vorhanden. Im Uebrigen ist die Entwicklung und der Verlauf der Krankheit den früheren durchaus gleich. Viel Singen, grosse Lustigkeit und leichte Reizbarkeit sind die vorwiegenden Erscheinungen. Die Nacht hat sie geschlafen. Appetit und Stuhlgang sind in Ordnung.

18. 1. Pat. ist sehr aufgeregt, läuft herum, schreit, singt, zieht sich aus und ist gar nicht zu fixieren. Sehr elender Puls. Die Nacht gleichfalls unruhig.

20. 1. Eintritt der Regel. Pat. ist sehr aufgeregt, schmiert mit dem Stuhlgange. Dabei grosse Mattigkeit. Nachts etwas Schlaf.

22. Noch immer sehr verwirrt und aufgeregt. Regel noch vorhanden.

23. Pat. läuft viel umher, ihre Bewegungen machen den Eindruck der Mutwilligkeit, sie kneift die Augen zu, lacht viel und setzt sich mit Vorliebe auf den Boden. Da sie alle ihre Kleider zerreisst, muss ein fester Anzug für sie angeschafft werden. Sie schlägt mit den Händen auf den Boden, so dass dieselben rot angelaufen sind. Sie spricht fast gar nicht, indess schreit sie sehr laut, predigt und trägt Lieder vor. Zeitweise gerät sie in Zustände vollständiger Versunkenheit.

24. 1. Abfall der Erregung.

25. 1. Pat. ganz ruhig, sehr matt. Leichte kataleptische Erscheinungen.

26. 1. Pat. klagt über Schmerzen im Rücken, sie schläft ruhig und ist sonst normal, aber sehr matt und schwach.

31. 1. 86. Entlassung.

12. 7. 86. Pat. ist seit acht Tagen wieder krank, nachdem sie in der Zwischenzeit augenfällige Abnormitäten nicht hat erkennen lassen. Auch dieses Mal konnte der Mann den nahenden Anfall erkennen, indem Pat. unnötiger Weise den Speicher reinigte und gegen ihre sonstige Gewohnheit sehr redselig wurde. Auch schaffte sie viel mehr als sonst. Dabei war sie empfindsam und misstrauisch, glaubte sich hintergangen und weinte viel.

14. 7. 86. Pat. ist sehr redselig, lacht und singt, ist dabei aber nur mässig erregt, so dass sie unter den übrigen Kranken bleiben darf.

16. 7. 86. Pat. ist matt, abgespannt, und schläft viel. Die Erregung ist im Abklingen begriffen.

20. 7. 86. Pat. wird vollkommen ruhig entlassen.

30. 1. 87. Achter Anfall. Während Pat. bis vor zwei Wochen vernünftig und ruhig blieb, fing sie in den letzten zwölf Tagen an viel und unmotiviert zu lachen. Gestern Abend stieg sie plötzlich aus dem Bett und wollte zum Fenster hinaus, sang, tanzte, weinte auch zwischendurch. Die Regel hatte sie vor drei Wochen, der Stuhlgang ist seit vier Tagen ausgeblieben.

2. 2. 87. Pat. fühlt sich schwach, glaubt sich aber stark genug, um arbeiten zu können. Sie weiss nicht anzugeben, wie lange es her ist, dass sie in der Klinik war, dabei ist Pat. schwer zum Sprechen zu bringen und giebt nur zögernd Antwort. Wie sie hereingekommen ist, weiss sie nicht anzugeben. Die Nacht war sie im Krieg; sie hätte alles zusammengeschlagen, wenn sie Kraft gehabt hätte. Auch zu Haus hat sie Krieg geführt.

4. 2. Richtige maniakalische Erregung, Pat. singt, deklamiert.

5. 2. Die Erregung hält unvermindert an. Im Urin findet sich etwas Eiweiss. Spez. Gew. 1026.

6. 2. Eintritt der Regel. Zustand unverändert. Urin 1029 spez. Gew., enthält Eiweiss. 350 Ccm. von einer Nacht.

7. 2. Spez. Gew. des Urins 1030. Eiweiss. Keine Cylinder oder Blutkörperchen. Die Regel dauert noch an, die Aufregung besteht fort.

8. 2. Pat. ist ruhig, liegt im Bett und klagt über Schmerzen im Rücken. Urin 1022, enthält kein Eiweis.

10. 2. Urin 1027. Kein Eiweiss.

13. 2. Ruhig und verständig entlassen.

7. 8. 87. Wiederaufnahme. Patientin war in der Zwischenzeit ruhig und vernünftig. Am 31. Juli begann wieder ein Anfall. Die letzte Regel hatte vor drei Wochen statt, in letzter Zeit war die Menstruation unregelmässig geworden, cessierte einmal $1^1/_2$ Monate, dauerte ein andres Mal 14 Tage hintereinander. Der Anfall begann ganz wie die früheren. Pat. sang, tanzte, wollte zum Fenster hinaus und schlug eine Scheibe ein. In der letzten Nacht war sie unruhig und schlief wenig Seit heute vernachlässigt sie ihre Wirthschaft vollkommen. Sie ist unruhig und erregt, dabei aber doch sehr matt. Urin 1027. Enthält Eiweiss.

8. 8. Urin 1030. Eiweiss. Pat. noch mässig erregt.

11. 8. Urin 1021. Eiweiss. Pat. dabei ruhig, sehr matt: schwacher Puls.

15. 8. Zustand im wesentlichen unverändert.

21. 8. Entlassung. Im Urin noch Spuren von Eiweiss.

21. 1. 88. Wiederaufnahme.

23. 1. 88. Starker Bewegungsdrang, Pat. läuft ununterbrochen im Zimmer umher und sagt, sie heisse Rosenstiel. Dabei ist ihre Stimmung heiter, häufig giebt

sie auf Fragen, die an sie gerichtet werden, keine oder eine mutwillige Antwort; dass sie schon häufig in der Klinik war, ist ihr bekannt. Trotzdem erkennt sie ihre alte Wärterin nicht, den Arzt hält sie für ihren Bruder. Die freudige Stimmung wird zuweilen von Zornesausbrüchen unterbrochen, in denen sie dann schimpft und auf dem Boden herumrutscht. Bemerkenswert ist, dass die Erregungszustände nicht selten unterbrochen werden von Zuständen, in denen sie vollständig verstummt, so dass sie dann für Stunden ruhig ist.

24. 1. Der Zustand der Pat. ist im wesentlichen unverändert. Der Schlaf ist schlecht. Appetit gut. Der Urin enthält wieder geringe Mengen Eiweiss.

28. 1. Die Erregung ist im Nachlass begriffen. Urin eiweissfrei.

5. 2. Entlassung, nachdem Pat. seit dem ersten ruhig und klar war.

8. 3. 88. Wiederaufnahme. Seit heute Nacht ist Pat. wieder erregt; sie stand auf, öffnete das Fenster und wollte hinaus. Der Zustand ist der alte. Pat. giebt wenig Antwort, lacht, ist zu explosiven Ausbrüchen geneigt. Den Arzt erkennt sie nicht wieder.

12. 3. Etwas klarer und weniger benommen.

13. 3. Sehr unruhig; verwechselt die Personen.

19. 3. Nachlass der Erregung; grosse Mattigkeit.

22. 3. Sehr matt und elend, klagt über Schwindel und wüsten Kopf.

26. 3. Entlassung.

17. 4. 88. Wiederaufnahme. Pat. ist seit zwei Tagen wieder sehr redselig, lacht und singt und wird lärmend in die Anstalt gebracht. Zustand ist der gleiche wie früher.

19. 4. Sehr unruhig, spricht viel. Der Eintritt der Menstruation steht zu erwarten.

22. 4. Die Erregung nimmt zu. Pat. ist lustig, singt, nachts sehr unruhig.

24. 4. Unruhig, verwechselt den Arzt mit einer andern Person.

25. 4. Gegen Abend Abfall der Erscheinungen, ruhiger.

27. 4. Matt, müde, keine Spur von Depression.

30. 4. Ruhig und besonnen entlassen.

III.

Anton D., 16 Jahre alt. Zuckerbäcker.

Aufgenommen 12. 8. 86.

Ein Onkel väterlicherseits und eine Tante mütterlicherseits sind geisteskrank gewesen.

Pat. selbst litt im ersten Lebensjahre an Krämpfen. In der Schule lernte er nur mittelmässig, wenngleich er dieselbe ganz durchmachte. In seinem elften Jahre hatte er einen Anfall von Melancholie, in dem er von seinem baldigen Tode, von den Vorbereitungen für die Beerdigung etc. sprach. Der Anfall dauerte 14 Tage. In den nächsten Jahren traten noch zwei gleiche Anfälle melancholischen Charakters ein. In den letzten zwei Jahren bemühte sich seine Mutter für ihn um eine Stelle in einem Geschäft. Er blieb aber nirgends, lief fort und kehrte immer wieder zu seiner Mutter zurück. Vor einem Monat kam er gleichfalls aus seiner Stellung, die er 10 Monate inne gehabt hatte, nach Hause. Ein Versuch, ihn zurückzubringen, missglückte.

Pat. wurde in der Folge dann sehr erregt, lief viel umher, sang, machte Gesten und plagte seine Umgebung, so dass sich seine Mutter genötigt sah, ihn in die Klinik zu bringen. Hier blieb er nahezu drei Monate (vom 12. 8. 86 –8. 11. 86) und zeigte einen Zu-

stand reiner, mässig starker Manie, mit grossem Bewegungsdrang, Ideenflucht, ohne Hallucinationen und erhebliche Grössenvorstellungen. Der Zustand ging allmählig in den normalen über, und ohne dass ein melancholisches Nachstadium eingetreten wäre, konnte Pat. ruhig und ordentlich entlassen werden.

16. 5. 87. Wiederaufnahme. Die Zeit über, die Patient zu Hause verbracht hat, war derselbe zu nichts zu gebrauchen, er war nicht dazu zu bringen, eine dauernde Beschäftigung zu ergreifen. Gegen seine Umgebung war er bösartig, misstrauisch, geneigt bei geringen Anlässen aggressiv zu werden. Besonders gegen die Schwester ist er sehr gereizt, er glaubt, dieselbe werde bei der Vermögensteilung bevorzugt, daher hegt er stets den Wunsch, dieselbe solle aus dem Hause gehen. Auch die Mutter hasst er förmlich, wünscht, dass sie nicht mehr am Leben sei, hat sich im Affekt schon öfters hinreissen lassen, auf seine Schwester und Mutter loszuschlagen. Neuerdings äusserte er die Absicht, sich zu verheiraten. Im übrigen trieb er sich den ganzen Tag planlos umher und kam immer erst zur Nacht nach Hause. Er hat inzwischen auch wieder eine ganze Reihe von Beschäftigungen angefangen, lief jedoch aus allen Stellungen nach einigen Tagen wieder fort. So versuchte er es Ackerbau, Zuckerbäckerei und Schreinerei zu erlernen, eine Büreaustelle zu bekleiden, Militär zu werden, reiste deshalb an verschiedene Orte, gab aber diese Pläne stets nach einigen Tagen wieder auf. Während des Aufenthalts in der Klinik zeigt Pat. denselben Zustand mässig starker Manie wie das erste Mal. Sehr deutlich trat dies Mal die Neigung hervor, sich zu überschätzen, besonders hinsichtlich seiner Stellung und Vermögensverhältnisse. Gegen die besuchende Mutter ist er sehr unartig und unehrer-

bietig. Nach einem Aufenthalt von 5 Monaten (16. 5. 87 bis 17. 10. 87) konnte er entlassen werden.

17. 2. 88. Wiederaufnahme. Der einbringende Onkel erzählt, Pat. sei zunächst ganz ordentlich gewesen, beschäftigte sich mit kleinen häuslichen Verrichtungen, z. B. Holzhauen u. dergl., bekleidete aber keine Stellung.

Seit 14 Tagen ist er wieder erregter, besonders gegen Mutter und Schwester sehr jähzornig. Die Idee, das Vermögen mit ihnen zu teilen, sich selbstständig zu machen und dann aus dem Hause zu gehen, kam öfters wieder zum Vorschein. Jetzt ist er auch hierher gekommen, um sich ein ärztliches Attest über seine Gesundheit ausstellen zu lassen, auf Grund dessen er dann die Vermögensteilung durchzusetzen hofft. In der letzten Zeit ging er auch mehr ins Wirthshaus, verlangte dazu Geld von seiner Mutter, wurde auf die Verweigerung hin sehr zornig und warf dann was ihm in die Hände kam gegen seine Umgebung, so warf er kürzlich seiner Mutter einen Laib Brot gegen das Knie. Auch gegen die Schwester war er oft aggressiv und traktierte sie häufig mit Stössen und Püffen. Ueber sein Vermögen wollte er in letzter Zeit öfters verfügen, dem einen 3000 Mark, dem andern noch mehr geben; er habe es ja, er sei Millionär. Weiter erzählte er, er würde als Einjähriger zum Militär gehen und sich dann in etlichen Jahren verheiraten. Der Schlaf war in letzter Zeit vielfach unterbrochen, er sang häufig bis spät in die Nacht hinein. Melancholische Verstimmung ging diesmal nicht vorher.

Sein Benehmen weiss er geschickt zu entschuldigen, seine Pläne gut zu motivieren. Auf die Frage, warum er seine Beschäftigung so oft gewechselt habe, giebt er an, dass ihm als Zuckerbäcker die Hitze zu gross

gewesen sei, die Schreinerei sei ihm zu anstrengend gewesen. Ausserdem dürfe er nicht so lange von Hause fortbleiben, weil ihn die Schwester im Vermögen übervortheilen wolle. Als ihm vorgehalten wird, er wolle sein Vermögen verschenken, antwortete er, er habe so viel, dass er das könne; auf die Frage, ob er das selber erworben habe, anwortet er mit nein, sein Vater, Grossvater und Urgrossvater hätten gut geschafft und viel Geld verdient. Das Geld sei placiert, er habe Zinsrechnung gelernt und ausgerechnet, dass es so viel sein müsse. Als ihm vorgehalten wird, dass er sich gegen seine Mutter vergangen habe, antwortete er, dass er sich gegen sie und seine Schwester nur gewehrt habe, er hätte es sonst nicht ausgehalten, er habe ihnen nicht weh gethan, sondern sie nur angefasst. Er hat jetzt die Absicht Pfarrer zu werden, augenblicklich sei er Sänger in der Kirche und Organist, was nötig sei, um Pfarrer werden zu können.

19. 2. Der Erregungszustand hat in den letzten beiden Tagen seines Aufenthaltes in der Klinik an Intensität erheblich zugenommen. Wegen lauten Singens und Schreiens musste Pat. heute auf die unruhige Abteilung verlegt werden. Massenhafte Grössenvorstellungen.

21. 2. Heute Nacht wurde Pat. so unruhig, dass er isoliert werden musste. Grosse motorische Erregung, Pat. reisst sich die Kleider vom Leibe und läuft singend und schreiend immerfort im Kreise umher.

Es wurde nun eine Hyoscinbehandlung begonnen, die von gutem Erfolge begleitet war. Pat. wurde alsbald ruhiger und am 33. konnte das Hyoscin fortgelassen werden. Pat. ist ruhig und klar, seine Grössenideen verschwunden.

9. 3. tritt eine zweite Attaque maniakalischer Er-

regung ein. Pat. musste heute Nacht 2 Uhr wegen plötzlich von neuem einsetzender Erregung isoliert werden; es zeigt sich wieder starker Bewegungsdrang mit Lachen und Schreien. Keine Grössenideen. Infolge der Erregung wird von neuem Hyoscin gegeben, mit dem gleichen Erfolge wie das erste Mal. Pat. wird bald ruhiger und schläft sehr viel. Das Hyoscin kann am 20. 3. ausgesetzt werden.

23. 3. Dritte ganz gleich geartete Attaque von Manie, die indess ohne Hyoscin bereits am 26. 3. ziemlich plötzlich endet. Pat. ist ruhig und klar, seine Grössenideen sind geschwunden und am 10. 4. 88 kann er entlassen werden. Sein Vorurteil und Misstrauen gegen die Schwester bestehen indess unverändert fort.

IV.

Rosalie Z. 52 Jahre, Taglöhnersfrau.

Aufgenommen 7. 8. 74.

Ein Bruder der Patientin ist geisteskrank.

Den ersten Anfall von Manie hat Pat. im Juli 1870. Sie war damals stark aufgeregt, lärmte, schrie, tanzte und musste dem Spital übergeben werden, aus dem sie im Oktober entlassen wurde. Nach Hause zurückgekehrt, zeigte Pat. in der nächsten Zeit nichts anormales. Ihr Familienleben war ein sehr unglückliches, sie lebte mit ihrem Mann und einer Stieftochter in stetem Unfrieden, sah sich genötigt, wiederholt das Haus zu verlassen und zu ihrer Schwester zu gehen. Im Herbst 1873 lebte sie wieder mit ihrem Manne zusammen und besorgte den Haushalt in ordentlicher Weise bis anfangs August 1874, alsdann schaffte sie nichts mehr, sang, lärmte, schrie in exaltierter Stimmung, zerschlug Geschirr etc., sodass sie schliesslich der Klinik übergeben werden musste.

27. 8. Pat. ist gehobener Stimmung, heiter erregt, lebhafte Ideenflucht. Klagt über Kopfschmerz und Weh im Leib. Eine Ziege habe sie in der Nacht gegen denselben gestossen.

28. 8. Nachdem Pat. auf 2,5 Chloral drei Stunden geschlafen hat, befindet sie sich heute in voller Tobsucht, tanzt, lärmt, singt, sucht alles zu zerreissen, was ihr in die Hände kommt, und ist von unwiderstehlichem Bewegungsdrang ergriffen.

31. 8. Die Nacht ist mit Chloral ziemlich gut verlaufen, am Tage ist sie indess wieder tobsüchtig, zerschmeisst das Geschirr und ist lebhaft sexuell erregt. Dabei ziemlich plötzlicher Stimmungswechsel, vorübergehend traurig und weinerlich, meist indess heiter erregt.

1. 9. Seit gestern ruhiger; Klagen über Schmerzen im Leib.

3. 9. Wieder mehr erregt; Halluncinationen des Gesichts und Gehörs.

8. 9. Seit einigen Tagen wieder gemässigtes Krankheitsbild. Pat. drängt nach Hause, indem sie Langeweile vorschützt. Die Nächte sind ruhig.

11. 9. Ruhig, aber stets in sehr heiterer Stimmung.

18. 9. Genesen entlassen.

19. 11. 74. Gestern Abend wurde Pat. polizeilich eingeliefert. Sie bot in allen Stücken das gleiche Bild dar, wie bei der ersten Aufnahme.

20. 11. Heute Morgen trägt Pat. sehr gehobenes Selbstgefühl zur Schau, ist in sehr erregter Stimmung, dabei grosse motorische Unruhe. Pat. steht keinen Augenblick still.

21. Seit gestern Abend in voller Tobsucht, lärmte, tanzte, wälzte sich auf dem Boden umher, sang bald deutsch, bald französisch, schrie, im Zimmer seien Hexen

und Ziegen, und hörte Stimmen vom Fenster her. Nacht über beständig ausser Bett.

22. Nachts Schlaf nach Chloralhydrat, den Tag über in voller Tobsucht wie gestern.

23. Nach Mitternacht auch in der gestrigen Nacht sehr unruhig, lärmt und schreit und schläft erst gegen Morgen wieder ein.

25. Tags über in grosser Aufregung und sehr gehobener Stimmung.

26. Die Nacht verlief ruhig. Seit heute Morgen indess wieder volle Manie; Pat. schreit, lärmt, tanzt; starke Ideenflucht.

27. 11. Status idem.

Anfang Dezember tritt alsdann eine allmählige Beruhigung ein, die sich, von zeitweise leichten Erregungszuständen unterbrochen, mehr und mehr befestigt, so dass Pat. am 10. 3. 75. entlassen werden kann.

24. 3. 75. Wiederaufnahme. Pat. wird nach 14tägigem Aufenthalt zu Hause wieder in tobsüchtiger Aufregung eingebracht. Der sehr bald wieder eingetretene Unfriede mit Mann und Kindern scheint den Anlass für die abermalige Erkrankung gegeben zu haben. Pat. ist diesmal mehr zornig erregt, schimpft, schreit, zerstört, spricht von Hexen und Ziegen, die sie im Leibe hätte, kleidet sich unordentlich, dazwischen lacht sie und ist vorübergehend von heiterster Ausgelassenheit.

April. Der Zustand dauert unverändert fort. Nachts ist Pat. trotz Chloral überlaut. Dazwischen kommen dann auch ruhigere Tage und Stunden vor, indess ist Pat. nie eine geordnete Auskunft zu geben fähig. Wiederholt zerschlägt sie Geschirr und zerreisst ihr Bettzeug. Zu andern Zeiten ist sie dann wieder mehr zu Scherzen aufgelegt.

Auch im Mai besteht der Zustand im grossen und ganzen unverändert fort. Vorübergehend verweigert sie die Nahrung, öfters ist die Stimmung mehr deprimiert, Pat. zum Weinen geneigt.

8. 6. Pat. ist deprimiert, weint viel. Sie isst sehr wenig.

Juli. Pat. isst anhaltend sehr wenig, das Essen sei schlecht, röche übel und sei Hexen und Ziegenfutter. Sie weint viel, ist dazwischen aber auch wieder heftig zornig erregt, schimpft und schlägt. Einmal erzählt sie, sie habe den lieben Gott an der Mauer gesehen, der sie mit ihrem Namen angeredet und getröstet habe.

Pat. wird alsdann weiter mit Morphiuminjektionen behandelt, die sie immer einigermassen beruhigen und sie traitabler machen. Nachts ist sie ruhiger, auch isst sie wieder mehr. Mitte Juli wird sie alsdann erheblich ruhiger; sie wird der Landesirrenanstalt Stephansfeld übergeben, woselbst sich die Beruhigung befestigt, so dass sie im Januar 1876 entlassen werden kann.

20. 11. 77. Fünfter Anfall.

Seit ihrer Entlassung aus Stephansfeld lebte Pat. ruhig und ordentlich bei ihrer Schwester, sie war gutmütig, still, zum Schwatzen geneigt. Seit Mitte Oktober wird sie allmählig wieder aufgeregt. Diesmal mit einem deutlichen melancholischen Vorstadium: sie hat Angst umgebracht zu werden von ihren vielen Feinden, wahrscheinlich würde sie aufgehängt werden. Sie betete viel, ass sehr stark, schaffte noch in der letzten Zeit. Die Nächte waren meist ruhig. Allmählig wurde sie erregter, sang wieder, verbrennt mehrere Wirtschaftsgegenstände, und als es infolge dessen zu Streit mit der Schwiegertochter kommt, bricht die volle Manie wieder aus. Der Verlauf ist dem letzten Anfall durchaus konform; auch diesmal behauptet sie wieder Ziegen

im Leibe zu haben, eigentliche Halluncinationen scheinen in diesem Anfall indess nicht vorhanden zu sein. Sie wird wieder nach Stephansfeld verbracht, wo auch diesmal wieder eine allmählige Beruhigung eintritt, so dass sie am 28. 4. 78. entlassen werden kann.

28. 5. 79. Wiederaufnahme. Sechster Anfall.

Pat. lebte seit ihrer letzten Entlassung aus Stephansfeld bei ihrem Bruder. Sie war ruhig und ordentlich, hatte indess von vornherein hypochondrische Klagen, ihre Zunge sei zu lang, sie habe etwas im Leibe etc.

Seit dem 23. 5. wird sie dann wieder mehr aufgeregt, schreit viel, schimpft, ist auch des Nachts unruhig. Sie wird im Juli wieder nach Stephansfeld verbracht, das sie im September wieder verlassen kann, nachdem sich der Anfall den vorhergehenden durchaus analog abgespielt hat.

V.

Marie D., 26 Jahre. Näherin.

Aufgenommen 20. 3. 77.

Bruder geisteskrank.

Pat. war in ihrer Jugend gesund, vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung ein Jahr lang deprimiert.

I. Anfall 23. 3. 77. — 4. 9. 77.

Pat. wurde am 22. Abends ohne besondere Ursache erregt, zunächst vorwiegend mit Angstideen, die bald verschwanden und in einen Zustand reiner, mässig starker Manie ohne Halluncinationen überführten, der mit einem deutlichen melancholischen Nachstadium abschloss.

II. Anfall 18. 8. 78. — 25. 8. 78.

Die Zwischenzeit war nicht vollkommen normal. Pat. blieb stets reizbar und nervös. Ziemlich plötzlich setzte dann die maniakalische Erregung ein, die dies-

mal nur 14 Tage dauerte, indess entschieden intensiver war und sich mit Gesichtshalluncinationen verband.

In gleicher Weise erlitt Pat. noch fünf weitere Anfälle, und zwar:

III.	Anfall	27.	3. 79.	— 9.	4. 79.
IV.	„	30.	7. 79.	— 8.	8. 79.
V.	„	24.	9. 79.	— 16.	11. 79.
VI.	„	9.	3. 80.	— 24.	3. 80.
VII.	„	10.	5. 80.	— 28.	5. 80.

Die Anfälle nahmen fast jedesmal an Intensität zu, verliefen mit grosser motorischer Erregung, Halluncinationen sämmtlicher Sinne und Wahnideen. Dabei tritt eine deutliche Beziehung des Ausbruchs der Anfälle zur Menstruation zu Tage, indem die Anfälle fast regelmässig zur Zeit der Periode, die nicht ganz regelmässig ist, einsetzen. Auch in der anfallsfreien Zeit ist Pat. zur Zeit der Menstruation stets in gereizter, nervöser Stimmung und klagt über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Conjestionen. Am 28. 5. 80 wird Pat. ungebessert der Landesirrenanstalt Stephansfeld überwiesen.

VI.

Josephine R., 15½ Jahr.

Aufgenommen 19. 5. 79.

Angaben über hereditäre Belastung fehlen.

Pat. leidet an menstruellem maniakalischem Irresein. Die Anfälle selbst äussern sich in starkem Bewegungsdrang und grosser sexueller Erregung, verlaufen indess stets ohne Halluncinationen und Wahnideen.

Die Beziehung der Anfälle zur Menstruation ergeben sich aus folgender Tabelle:

I. Anfall: Ende März bis Anfang April 1879
während der Regel.

II. Anfall: 12.—24. Mai vor der Regel.
III. „ 18.—23. Juni vor der Regel.
IV. „ 31. 7. — 12. 8. nach der Regel ausbrechend.

Pat. wird alsdann erst am 21. 5. 81. wieder der Anstalt übergeben; sie befindet sich im Zustand intensiver Manie, dieselbe hält, hin und wieder an Intensität vorübergehend geringer, in gleicher Weise fast volle zwei Monate an, um dann allmählig in den normalen Zustand überzugehen. Pat. wird noch einige weitere Monate beobachtet, indess bleibt sie jetzt auch zur Zeit der Regel vollkommen normal, so dass sie am 9. 11. 81. als geheilt entlassen werden kann. Sie hat bis heute die Anstalt nicht wieder aufgesucht.

VII.

Emilie B., 14 Jahr.

Aufgenommen 24. 9. 86.

Schwester und Mutter in Stephansfeld.

Schon seit ihrem zehnten Jahre leidet Pat. vorübergehend an Aufregungszuständen mit Hallucinationen des Gesichtes. Mit 13 Jahren machte sie einen deutlichen maniakalischen Anfall durch, der zwei Monate dauerte und mit grosser Aufregung und lebhafter Ideenflucht verlief. Ein ganz gleicher ertolgte im Februar 1886. Beide Anfälle wurden ausserhalb der Klinik beobachtet. In der Klinik kamen noch zwei weitere Anfälle zur Beobachtung, der eine vom 24. 9. 86. bis 2. 1. 87., der andere vom 19. 7. 87. bis 9. 11. 87. dauernd. Sie wird beidemal allmählig so aufgeregt, dass sie isoliert werden muss. Dabei sind massenhafte Wahnideen vorhanden; mit grosser Hartnäckigkeit tritt in den Anfällen die Idee hervor, sie sei

nicht die richtige Tochter ihres Vaters, sondern nur untergeschoben. Sie wird vollkommen ruhig entlassen; seit dem November 1887 hat sie die Anstalt nicht mehr aufgesucht.

VIII.

Reinhardt B., 36 Jahre, Ackersmann.

Aufgenommen 12. 3. 84.

Heredität: Mutter verrückt, desgl. eine Schwester, eine zweite Schwester war vor 6 Jahren gleichfalls in der Klinik. Ein Bruder der Mutter starb in der Irrenanstalt Stephansfeld, ein zweiter Bruder starb in verstörtem Zustande zu Hause.

Pat. ist primär schwachsinnig, hat weder schreiben noch lesen gelernt. Dabei ist er sehr eigensinnig und boshaft. In späterem Alter trank er sehr stark und war oft betrunken. Er machte im Ganzen fünf Anfälle von Manie durch; den ersten in seinem 14. Lebensjahr, den zweiten zwei Jahre später, den dritten mit 27 Jahren, den vierten mit 30 Jahren. Alle verliefen durchaus gleich; sie dauerten sämmtlich drei Monate und verliefen als intensive Tobsucht mit grosser Neigung aggressiv zu werden. Seit dem Jahre 1884 ist Pat. nicht wieder in der Klinik gewesen.

IX.

Magdalene W., 44 Jahre.

Aufgenommen 11. 7. 84.

Pat. hatte vor zwei Jahren ihren ersten Anfall von Manie. Derselbe dauerte sechs Monate und äusserte sich vorwiegend in religiöser Extase, Grössenwahn, grosser motorischer Unruhe und Nahrungsverweigerung. Nach Ablauf des Anfalles zeigte Pat. nicht mehr denselben Charakter wie früher, sie wurde auffallend reiz-

bar und geriet leicht ohne Veranlassung in zornige Erregung. Pat. macht alsdann noch zwei weitere gleich geartete Anfälle durch, und zwar den ersten vom 11. 7. 84. — 26. 7. 84., den zweiten vom 7. 10. 84. — 4. 11. 84. Besonders der letzte ist sehr intensiv, Pat. tobt, schreit und greift die andern Kranken an. Dabei zahlreiche meist der sexuellen Sphäre angehörige, gewöhnlich schnell vorübergehende Wahnideen. Sie wird der Irrenanstalt Stephansfeld übergeben.

X.

Benjamin St., 15. Jahr.

Aufgenommen 28 11. 85.

Vor 1 1/2 Jahren wurde Pat. von seinem Lehrer schwer misshandelt. Er erhielt einen Faustschlag ins Gesicht, wurde an den Ohren in die Höhe gezogen und dann zu Boden gedrückt. Von da an klagte er über Kopfweh und Gedächtnisschwäche.

Ein halbes Jahr später hatte er alsdann einen maniakalischen Anfall, der nach einem melancholischen Vorstadium mit mässiger Intensität verlief und nur kurze Zeit dauerte. Es wiederholten sich alsdann noch innerhalb eines Jahres zwei ganz gleiche Anfälle. Zwei weitere wurden auf der Klinik beobachtet. Der erste vom 28. 11. 85. bis 17. 12. 85. Der zweite vom 10. 8. 87. — 27. 9. 87.

Besonders der letzte Anfall verlief mit starker motorischer Erregung, lebhafter Ideenflucht und Schlaflosigkeit. Pat. schreit und tobt, zerreisst die Kleider und ist sehr unreinlich. Wahnideen sind zahlreich vorhanden, Halluncinationen hingegen nicht zu eruieren.

Seit seiner Entlassung im November 1887 hat er die Klinik nicht wieder aufgesucht.

Es sei mir nun gestattet, im Anschluss an die vorstehend mitgeteilten Krankengeschichten, einige Bemerkungen zur Genese und Symptomatologie der periodischen Manie zu machen.

Kirn [1]) teilt in seiner mehrfach erwähnten Monographie die periodischen Psychosen vom ätiologischen Gesichtspunkte aus ein in „ächte, d. h. direkt central bedingte" und sekundär ausgelöste, d. h. solche, für die es zur Hervorrufung des Anfalles der Mitwirkung eines peripheren Faktors bedarf: bei den ersten genügen die cerebralen Veränderungen, die für alle Psychosen supponiert werden müssen, um den Anfall herbeizuführen.

Zwischen beiden Arten giebt es Uebergangsformen resp. Fälle, deren Genese so unklar ist, dass es zweifelhaft bleiben muss, welcher Kategorie sie zuzuschreiben sind. Die ächten, central bedingten Formen unterscheiden sich dann hauptsächlich nach der Dauer der Anfälle, sie zerfallen in „centrale Typosen mit langen und mit kurzen Anfällen". Bei letzteren ist die Intensität der Erscheinungen meist eine erheblichere als bei den ersteren.

Krafft-Ebing [2]) schliesst sich in seinem Lehrbuch diesem Einteilungsprincip an, nur legt er bei der Einteilung der ächten Psychosen nicht sowohl Wert auf die Dauer der Anfälle, als vielmehr auf den deliriumartigen Charakter der Formen mit kurzer Anfallsdauer und unterscheidet demgemäss periodische Anfälle von Manie, Melancholie oder einer Verbindung beider und periodische Anfälle „mit dem Gepräge des Deliriums", wozu er noch eine dritte Art hinzufügt, periodische Anfälle in Form krankhafter Triebe.

[1]) l. c. S. 13.

[2]) Lehrbuch der Psychiatrie p. 476.

Wie mir scheint, ist eine Einteilung der periodischen Manie nach der Dauer der Anfälle im Sinne Kirn's nicht gut durchführbar. Ganz abgesehen davon, dass es sehr schwer sein wird, hier eine Grenze zu ziehen wie lang die Anfälle sein müssen, um der einen oder andern Kategorie zugezählt zu werden, ist die Dauer der Anfälle auch nicht ein Einteilungsprincip, das in charakteristischer Weise zwei Gruppen von Krankheitsformen differenziert. Wohin sollen z. B. die Fälle gerechnet werden, wo lange Anfälle hin und wieder von kurzen Anfällen unterbrochen werden, wie das z. B. in der ersten der von mir mitgeteilten Krankengeschichten zutrifft? Während hier die durchschnittliche Dauer der Anfälle, wenn man den Aufenthalt in der Irrenanstalt zu Stephansfeld mit einrechnet, 6 Monate beträgt, finden wir den zweiten Anfall in der Zeit vom 17. 4. 76 - 6. 5. 76 ablaufend, also etwa drei Wochen dauernd, und den vierten Anfall in der Zeit vom 23. 2. 81—14. 3. 81, also wieder innerhalb dreier Wochen sich abspielend. Allerdings wurde Pat. im letzten Falle bereits am 20. wieder eingebracht, aber die Beruhigung hatte sich doch so weit befestigt, dass der Kranke eine Woche vorher entlassen werden konnte. Ebenso dauerte der achte Anfall nur vom 7. 12. 87 bis 19. 1. 88. Die dazwischen liegenden Anfälle erstreckten sich über Monate.

Wenn Kirn sagt, dass „vielmonatliche Anfälle in ihrer ganzen pathologischen Bedeutung von den nur wenige Tage währenden verschieden aufzufassen sind", so kann ich dafür keinen Grund einsehen. Ebenso wie sich die akute Miliartuberkulose von der chronischen Lungentuberkulose nur durch die Intensität resp. Lokalisation desselben pathologischen Processes unterscheidet, ohne dass die pathologische Bedeutung beider Affektionen

eine verschiedene wäre, ebensowenig kann das für die Anfälle periodischer Manie von verschiedener Dauer zugegeben werden. Warum im einzelnen Falle der eine Insult lange, der andere nur kurze Zeit währt, entzieht sich vollkommen unserer Kenntnis. Der pathologische Vorgang selbst muss aber zunächst als der gleiche angesehen werden. Es ist daher nicht richtig, die Anfallsdauer als principium divisionis gelten zu lassen, um so weniger, als die charkteristischen Eigenthümlichkeiten, die Kirn den Formen mit kurzen Anfällen zuschreibt, durchaus nicht ausschliesslich bei diesen, sondern nicht selten auch bei solchen mit sehr langer Dauer der Anfälle gefunden werden. Kirn[1]) ist der Ansicht, dass die Fälle mit kurzer Anfallsdauer sich wesentlich von denen mit längeren Anfällen unterscheiden, indem erstere mit schwereren Störungen des Bewusstseins, grösserer Erregung und intensivererer motorischer Entladung einhergehen und demgemäss eine tiefere Gehirnaffektion bekunden sollen.

Dass es solche Fälle giebt, unterliegt keinem Zweifel, genau so wie es bei der einfachen Manie schwere und leichte Fälle giebt. Dass die schwer verlaufenden indess diejenigen sind, deren Anfallsdauer kurz ist, so dass diese ein wesentliches und differenzierendes Moment wäre, möchte ich bezweifeln. Beispielsweise muss der vierte der von mir mitgeteilten Fälle als schwere intensive Manie bezeichnet werden. Die einzelnen Anfälle verlaufen mit schweren Bewusstseinsstörungen, grösster motorischer Erregung, Hallucinationen und Ideenflucht. Sie erstrecken sich aber über Monate. Dasselbe gilt von den meisten der bei Mendel[2]) mitgeteilten Fällen.

[1]) op. citat. p. 77.

[2]) l. c. p. 82.

Wie man also sieht, steht die Dauer des Anfalls in keinem bestimmten, für alle Fälle giltigen Verhältnis zu seiner Intensität und kann daher als Einteilungsprincip auch nicht gelten. Selbst wenn die schwer verlaufenden Anfälle in der Regel die kürzeren wären, was, wie gesagt, durchaus nicht für alle Fälle zutrifft, müsste man doch Krafft-Ebing zustimmen, der das wesentliche Unterscheidungsmerkmal in dem Charakter der Anfälle erblickt und ihre Dauer als etwas mehr nebensächliches und zufälliges betrachtet. Krafft-Ebing[1]) vindiciert diesen Fällen das Gepräge des Deliriums, und dass es derartige Fälle giebt, beweist die von ihm mitgeteilte Krankengeschichte.

Nach der Ansicht vieler Autoren liegt die Hauptschwierigkeit hier in der Unterscheidung solcher Fälle schwerer periodischer Manie, resp. periodischen Deliriums von den Zuständen, die man seit Morel[2]) als psychische Aequivalente der Epilepsie bezeichnet, wie sie besonders von Samt[3]) eingehend studiert und geschildert worden sind.

Indess ist das Gebiet der epileptischen Psychosen und Aequivalente, das durch die Arbeit von Samt ein sehr umfangreiches geworden war, in letzter Zeit wieder erheblich eingeengt worden.

Insbesondere macht sich immer mehr und mehr die Ansicht geltend, dass entgegen den Anschauungen von Samt ohne den Nachweis wenigstens eines wirklichen epileptischen Anfalls die Bezeichnung einer Psychose als epileptische oder als epileptisches Aequivalent nicht gerechtfertigt erscheint. Hält man an der

[1]) l. c. S. 477.

[2]) D'une forme de délire, etc., Paris 1860, und Traité des malad. mental., p. 480.

[3]) Archiv f. Psych. Bd. V. u. VI.

Forderung fest, dass wenigstens ein epileptischer Anfall dagewesen sein müsse, so ist die Differentialdiagnose zwischen periodischer Manie und epileptischer Psychose meist ohne Schwierigkeit zu stellen. Die zweite der von mir mitgeteilten Krankengeschichten ist in dieser Beziehung nicht ohne Interesse.

Ich kann mir denken, dass dieselbe von anderer Seite nicht als periodische Manie, sondern als epileptische Psychose aufgefasst werden könnte, da sie in der That manche Züge enthält, die für den maniakalischen Anfall sehr ungewöhnlich sind und an Epilepsie denken lassen können. Hierher rechne ich z. B. die wiederholt konstatierte völlige Amnesie für den Anfall, die bei der reinen Manie sehr selten beobachtet wird, während sie als ein specifisches Charakteristicum der Epilepsie gilt. Auch sonst enthält die Krankengeschichte noch manches, das an Epilepsie erinnert.

In dieser Beziehung ist z. B. der eigentümliche Wechsel von Exaltation mit einem traumhaften Dämmerzustand und episodischem Stupor bemerkenswert, den schon Falret[1]) in seinem berühmten Werke als für epileptische Psychose charakteristisch bezeichnet hat.

Wenn es z. B. in der Krankengeschichte heisst: Pat. sitzt ruhig da, mit ausdruckslosem Blick, in sich versunken, ohne auf die Umgebung zu achten, plötzlich beginnt sie zu lachen, wirft sich auf den Boden, wältzt sich umher, oder: Pat. zeigt ein sehr wechselndes Verhalten. Den grössten Teil des Tages befindet sie sich in einem traumhaften Dämmerzustande, der indessen durch wiederholte Erregungsattaquen unterbrochen wird, oder wenn man bei einem andern Anfall liest: Zeitweise gerät sie in Zustände völliger Versunkenheit, so

[1]) De l'état mental des épileptiques. Archives générales de Médécine, T. XVI. u. XVII.

liegt in diesem eigenartigen Wechsel zweier psychischer Contrastzustände bei der Regelmässigkeit und Häufigkeit seines Eintritts zweifellos etwas für den reinen maniakalischen Anfall ungewöhnliches, das an einen epileptoiden Zustand denken lassen könnte. Auch der fast regelmässige Ausgang des Anfalls in einen Zustand somnolenten Stupors, der sich durch grosse Mattigkeit, Teilnahmslosigkeit und Gedankenleerheit auszeichnet und einmal sogar in einen fünftägigen Schlaf exacerbierte, kann hier angeführt werden. Es liesse sich dieser Zustand vielleicht als postepileptischer Stupor im Sinne Samt's deuten.

Trotzdem beweist alles das ebensowenig das Vorhandensein einer epileptischen Psychose wie die geringen motorischen Erscheinungen, die bisweilen beobachtet wurden, in diesem Sinne verwertet werden können. Es handelt sich hier zweifellos um einen typischen Fall periodischer Manie, dessen Einzelparoxysmen von dem gewöhnlichen Schema etwas abweichen, und der dadurch nur um so interessanter und lehrreicher ist. Schon der gänzliche Mangel auch nur einer Andeutung eines früher dagewesenen epileptischen Anfalles ist hinreichend, um die Idee an ein epileptisches Aequivalent von vornherein gegenstandslos zu machen. Es handelt sich durchaus um einen reinen Fall periodischer Manie.

Ich betone das, weil die Unterscheidung dieser beiden Zustände, wenn sie auch kein grosses praktisches Interesse haben mag, ein um so grösseres wissenschaftliches hat. Handelte es sich um ein epileptisches Aequivalent, so wäre der maniakalische Paroxysmus, soweit eine derartige Bezeichnung zulässig ist, an die Stelle eines epileptischen Anfalles getreten, die pathologische Auffassung des ganzen Falles demgemäss mit der der Epilepsie identisch; in den Fällen periodischer Manie handelt es

sich indess um einen chronischen pathologischen Zustand, der mit dem bei der Epilepsie vorhandenen, wie wir zunächst annehmen müssen, nichts zu thun hat. Ich komme hiermit zu einigen Bemerkungen über die Pathologie und Aetiologie der periodischen Manie.

Alle Autoren (Flemming, Schüle, Kirn, Krafft-Ebing, Mendel) stimmen in der Auffassung der periodischen Manie als einer chronischen Affektion des Gehirns überein. Zu dieser Auffassung musste man kommen, sobald es sicher gestellt war, dass die anfallsfreien Zwischenzeiten keinen Zustand völliger psychischer Gesundheit darstellen, sondern dass die Seelenstörung eine anhaltende, der Kranke, wie Schüle sagt, unausgesetzt krank ist. Das kann natürlich nur möglich sein, wenn eine andauernde krankhafte Veränderung des Gehirns besteht. Die Anfälle stellen alsdann nichts anderes vor als Exacerbation dieses Zustandes (Mendel[1]), oder deuten auf periodisch wiederkehrende gleichartige Veränderungen im krankhaften Centralorgan hin (Krafft-Ebing)[2]). Es fragt sich nun, welcher Art ist diese krankhafte Veränderung des Gehirns, welche die Grundlage für die periodisch wiederkehrenden Anfälle von Irrsinn darstellt.

Seitdem Morel[3]) in seinen berühmten Schriften die Heredität als wichtigen, bedeutungsvollsten pathogenetischen Faktor in die Psychiatrie eingeführt hat, giebt es kaum ein Kapitel dieser Wissenschaft, in dem die Vererbung als ätiologisches Moment nicht den ersten Platz einnimmt; in ganz besonders hervorragendem Masse gilt das für die periodisch auftretenden psychischen Störungen, worauf Morel bereits

[1]) l. c. p. 128.

[2]) l. c. p. 473.

[3]) Traité des maladies mentales. Traité des dégénérescences de l'espèce humaine. De l'hérédité morbide progressive,

hinweist, mag es sich nun um Epilepsie, Hysterie oder Manie handeln. Die Periodicität gilt als der eigenste und hervorragendste Ausdruck der Degenerescenz des Hirnlebens, in dem unbeugsamen Gesetz der unabänderlich regelmässigen Wiederkehr geistiger Störungen erblickt man das sicherste Zeichen der von Geschlecht zu Geschlecht weiter fortschreitenden seelischen Entartung, so dass Schüle[1]) die Periodicität als geradezu pathognomonisch für das heriditäre Irresein bezeichnet. Wir finden daher fast alle Autoren darin einig, dass der Heredität bei der Aetiologie der periodischen Manie eine ganz besondere Bedeutung zukommt. Nur Mendel[2]) will der erblichen Veranlagung bei dieser Psychose eine grössere Rolle als dieselbe bei den Geisteskrankheiten überhaupt hat, nicht zuerkennen. Die besondere Disposition des Gehirns, die auch nach ihm bestehen muss, glaubt er nicht als Degenerescenz bezeichnen zu dürfen.

Ich finde in der mir zugänglichen Litteratur diesbezüglich die folgenden Zahlen, wobei ich vorher bemerken will, dass ich von den Fällen der Strassburger Klinik zwei, bei denen jede Angabe über Hereditäts-Verhältnisse fehlen, nicht in die Rechnung mit einbezogen habe, während ich den letzten mitgeteilten Fall in Ansehung des ätiologischen Moments in negativem Sinne verwertet habe, obwohl auch hier Angaben über die Heredität fehlen:

Krafft-Ebing	8	Fälle,	sämmtl.	8	erheblich belastet
Mendel	15	„		10	„ „
Kirn	21	„		17	„ „
psychiatrische Klinik Strassburg	8	„		5	„ „
	52	„		30	„ „

[1]) l. c. p. 25
[2]) l. c. p. 80

d. h. in 58 % erbliche Belastung, eine Zahl, die wohl grösser ist, als die bei den Geisteskrankheiten im allgemeinen und die, trotzdem die Zahl der Fälle für eine entscheidende Statistik nicht gross genug ist, doch einen so erheblichen Procentsatz erblicher Belastung ergiebt, dass sie mir hinreichend erscheint, um die Mendel'sche Ansicht zu widerlegen. Allerdings muss man Mendel zugeben, dass unter den genannten 30 Fällen vielleicht nur 1/4 wirklich schwer belastet sind. Aber das erscheint mir ebensowenig die Thatsache einer ausserordentlichen Bedeutung der Heredität für die Aetiologie des periodischen Irreseins zu entkräften, wie das Argument Mendels, dass ihm eine Reihe von Fällen bekannt seien, in denen solche „degenerierte" Mütter während des Bestehens der Krankheit Kinder geboren haben, die nicht blos selbst psychisch gesund geblieben, sondern auch wieder Kinder zur Welt brachten, denen ebenfalls von Degenerescenz nichts anzumerken war. Ein Gesetz, dass sich periodische Seelenstörungen vererben müssen, giebt es ja nicht, ganz abgesehen davon, dass es sehr wohl denkbar ist, dass die Degenerescenz des psychischen Lebens erst in der dritten Generation wieder in die Erscheinung tritt.

Uebrigens ist es selbstverständlich, dass die Disposition des Gehirns nicht unbedingt vererbt zu sein braucht, sondern dass sie auch erworben werden kann, wenngleich eine solche erworbene Degenerescenz zweifellos erheblich seltener ist. Auch brauchen nicht, wie Schüle [1]) meint, wenn erbliche Belastung fehlt, dafür „palpable organische Störungen der gesammten Hirnentwickelung" vorhanden zu sein. Ich finde in der Litteratur, ausser dem Schüle'schen Fall, nur noch zwei zur Sektion gekommene Fälle von periodischer

[1]) l. c. p. 429.

Manie, der eine von Westphal[2]), der andere von Kirn[1]) mitgeteilt.

In dem ersteren ist von palpablen organischen Hirnveränderungen nicht die Rede, und was den Schüleschen Fall anbetrifft, so möchte ich Mendel darin beipflichten, dass die Schädeldifformitäten zur Begründung einer Hirnentartung nicht genügend sind, während die übrigen Veränderungen als sekundäre, resp. von der Hirnerkrankung unabhängige angesprochen werden können. Nur im Kirn'schen Fall sind die Veränderungen, besonders des knöchernen Schädels so beträchtlich, dass sie hinreichend sind, um eine Entartung des psychischen Lebens zu begründen.

Am häufigsten scheinen noch Alkoholexcesse die Disposition für den Ausbruch einer periodischen Manie zu geben, wie das z. B. in dem ersten von mir mitgeteilten Falle zutrifft, in dem eine hereditäre Belastung fehlt. In Fall III. und VIII. sind Alkoholexcesse neben der vererbten Disposition zu verzeichnen gewesen. Interessant in ätiologischer Beziehung ist der letzte der von mir mitgeteilten Fälle. Offenbar hat die angegebene schwere Misshandlung von Seiten des Lehrers den Grund zu dem Ausbruch der Erkrankung bei dem bis dahin vollkommen gesunden Knaben abgegeben; es können also auch auf traumatischem Wege die Veränderungen des Gehirns zustande kommen, die als Grundlage für den Ausbruch einer periodischen Manie angenommen werden müssen. In einem Rest endlich bricht die Krankheit aus, ohne dass eine besondere Ursache zu eruieren wäre, oder es werden geistige oder körperliche Ueberanstrengungen, psychisch deprimierende Einflüsse angegeben. Momente,

[1]) Charité-Annalen, Bd. I. p. 496.

[2]) l. c. p. 109.

wie sie ja für alle Psychosen ätiologisch von Bedeutung sind, und die daher etwas spezifisches nicht enthalten.

Diese an Zahl sehr geringen Fälle können dann auch nicht unter die Formen der Degenerescenz eingereiht werden.

Indessen wäre noch des degenerierenden Einflusses zu gedenken, den Anfälle einfacher Manie auf das Gehirn auszuüben imstande wären, falls die Ansicht Mendels[1]) sich bestätigen sollte, dass die meisten Fälle periodischer Manie nur ganz ausnahmsweise von vornherein als solche bezeichnet werden könnten, weil die ersten Anfälle fast stets nur Recidive seien, aus denen sich dann erst im Laufe der Jahre die eigentliche periodische Psychose entwickele.

Die Entscheidung dieser Frage muss als eine ausserordentlich schwierige bezeichnet werden. Sie kann, aus den mehrfach bereits erwähnten Gründen, in der Hauptsache nur durch die sorgfältigste Beobachtung der anfallsfreien Zwischenzeiten beantwortet werden, und da diese ausser dem Bereich der Anstaltsbeobachtung liegen, so ist man von dem Urteil und der Beobachtung von Laien abhängig, und man entbehrt dementsprechend der notwendigen Sicherheit. Von vornherein muss ich sagen, erscheint mir die Mendel'sche Anschauung nicht sehr wahrscheinlich, weil es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um hereditär belastete Individuen handelt. Da es, wie schon bemerkt, unzweifelhaft ist, dass die hereditäre Belastung sich besonders häufig als periodische Neurose resp. Psychose äusserst, so ist nicht recht einzusehen, warum man die ersten Anfälle als selbstständige und von einander unabhängige Erkrankungen des Gehirns betrachten soll. Ich muss sagen, es er-

[1]) l. c. p. 74.

scheint mir plausibler, in diesen Fällen eine mangelhafte Beobachtung des Intervalls anzunehmen, es sei denn, man erkennt einen Zusammenhang zwischen Degenerescenz und Periodicität nicht an, wie das Mendel allerdings zu thun scheint. In diesem Falle müsste man annehmen, dass die ererbte Disposition einen maniakalischen Anfall hervorruft, unabhängig davon würde das Individuum von einem zweiten und dritten Insult betroffen und durch die wiederholten Anfälle würden dann erst die Veränderungen im Gehirn geschaffen werden, welche eine dauernde Läsion desselben bedeuten und so die Grundlage für die periodisch wiederkehrenden maniakalischen Anfälle abgeben würden. Einfacher und plausibler ist es jedenfalls, anzunehmen, dass diese Disposition des Gehirns als vererbt bereits mit auf die Welt gebracht wird, auch macht die gar nicht selten vorkommende Thatsache, dass Individuen, hereditär belastet oder auch nicht, von einer Reihe maniakalischer Anfälle ergriffen und dann vollkommen wieder hergestellt werden, es nicht gerade wahrscheinlich, dass auf der anderen Seite wiederholte maniakalische Anfälle Veränderungen im Gehirn herbeiführen, die die Grundlage für eine periodische Psychose abgeben. So ist es z. B. mindestens schwer verständlich, warum die Beobachtung 20 in der Mendel'schen Monographie[1]), die einen schönen Fall recidivierender Manie darstellt, der mit 10 teilweise sehr schweren Anfällen verlief, nicht zur periodischen Psychose geworden ist, sondern im Alter von 71 Jahren noch zur Heilung kam, während die übrigen Fälle desselben Autors nach zwei oder drei Recidiven in die periodische Form übergehen sollen. Sehr wesentlich ist für die Entscheidung der vorliegenden Frage ferner noch der Umstand, dass auch die ersten

[1]) p. 92.

Anfälle der periodischen Manie, welche wegen mangelhafter oder unsicherer Anamnese für Recidive gehalten werden könnten, alle die Eigentümlichkeiten und Charakteristika zeigen, wie sie für die periodische Psychose spezifisch sind, insonderheit die typische Gleichheit des Verlaufes, wie das auch für die ersten vier Fälle (Beobachtung 16—19) Mendel's zutrifft. Der sichere Beweis, dass recidivierende Manien in periodische übergehen können, ist von Mendel jedenfalls nicht erbracht worden und dürfte auch schwer zu erbringen sein. Alle zugänglichen Fälle aus der Litteratur, sowie aus den Krankengeschichten der hiesigen Klinik, die ich mit Rücksicht darauf untersucht habe, zeigten in der überwiegenden Mehrzahl entweder durch den typischen Charakter der Anfälle oder durch die Anamnese, dass die Affektion von vornherein als periodische bezeichnet werden muss. Nebenbei bemerke ich übrigens, dass ich nicht allein die anfallsfreien Zwischenzeiten, sondern auch etwaige psychische Eigentümlichkeiten und Sonderheiten des Charakters, die sich vor Ausbruch der Krankheit schon zeigten, und als Ausdruck einer neuropathischen Constitution gelten konnten, in bejahendem Sinne verwertet habe. Der Rest dürfte wohl nur infolge der schon erwähnten Fehlerquellen zweifelhaft geblieben sein.

Für die Aetiologie der periodischen Manie ist nun nach Kirn[1]) ferner das Lebensalter von Wichtigkeit, in welchem die Krankheit beginnt. Dies geschieht nach ihm in den meisten Fällen in einer frühen Lebensperiode, am häufigsten zur Pubertätszeit.

Durch die gewaltigen Veränderungen, die der Eintritt der Pubertät auf den Gesammtorganismus somatisch wie psychisch ausübt, soll die bis dahin schlum-

[1]) l. c. p. 19.

mernde erbliche Disposition wachgerufen werden. Ich kann diese Ansicht nach den mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten bestätigen. Von den zehn Fällen der hiesigen Klinik begann die Krankheit bei fünf unter dem 16. Lebensjahr, in der Zeit der beginnenden Pubertät. In Fall II. begann die Krankheit mit 31, in Fall V. mit 26 Jahren. Will man für diese beiden Fälle mit Kirn annehmen, dass leichte Anfälle schon früher dagewesen sind, die nur übersehen oder missdeutet wurden, so würde allerdings für die meisten Fälle der Beginn der Erkrankung in die Pubertätszeit fallen, worin mir ein neuer Beweis für die Häufigkeit der ererbten Disposition bei dieser Form der Psychose zu liegen scheint. Damit stimmt überein, dass in den fünf Fällen, in denen der Ausbruch der Krankheit um das 15. Lebensjahr datiert, drei erblich belastet sind, und zwar teilweise sehr schwer (Fall VIII.). Bei den beiden übrigen werden Angaben über die Heredität in der Krankengeschichte vermisst. Auch im Fall V., in dem die Krankheit im 25. Lebensjahr ausbricht, ist hereditäre Belastung vorhanden.

Dass übrigens, wie ich nebenbei bemerken will, der Ausbruch einer periodischen Psychose auch in ein späteres Alter fallen kann, beweist ein Fall von cirkulärem Irresein, der auf der hiesigen Klinik beobachtet wurde und in dem die Krankheit im 68. Lebensjahr ausbrach und bis zum 75. Jahr 7 Anfälle vorhanden waren. Von hereditärer Belastung war nichts nachweisbar. Jedenfalls sind derartige Fälle sehr selten; im allgemeinen beginnen die periodischen Psychosen frühzeitig; am häufigsten wahrscheinlich mit der Pubertät, die hier als auslösender Reiz für den ersten Anfall gelten muss. Dabei will ich noch kurz die Frage berühren, ob es eines solchen Reizes bedarf, um einen

Anfall hervorzurufen und welcher Art derselbe sein muss.

Wie bereits erwähnt, teilt Kirn und mit ihm Krafft-Ebing die periodischen Psychosen in zwei grosse Kategorien, die primären, eigentlichen, und sekundär ausgelöste, für welche ein peripherer Reiz jedesmal nachweisbar ist und dementsprechend auch als notwendig zur Hervorrufung des Anfalles angesehen werden muss. Einen solchen Reiz stellt ganz unbestritten nur die Menstruation dar; es ist besonders durch Krafft-Ebing[1]) unstreitig gemacht worden, dass die Menstruation in vielen Fällen auf den Ausbruch der Geisteskrankheiten einen grossen Einfluss hat; so dass das menstruelle Irresein besonders bei disponierten Frauen eine sehr grosse Rolle spielt. Da dasselbe, wie Krafft-Ebing nachgewiesen hat, vorwiegend unter dem Bilde der Manie verläuft, so haben wir es hier unzweifelhaft mit Fällen sekundär ausgelöster periodischer Manie zu thun. Fälle der Art sind ausser den bei Krafft-Ebing angeführten noch zahlreich in der Litteratur vorhanden und die von mir mitgetheilten Fälle V. und VI. sind ja gleichfalls Beispeile dafür. Nebenbei will ich bemerken, dass die Menstruation, auch wenn sie nicht den auslösenden Reiz darstellt, bei den periodischen Manien der Frauen insofern noch von grosser Bedeutung ist, als sie häufig auf den Zustand im Sinne einer Verschlimmerung desselben von Einfluss ist. Exacerbationen des maniakalischen Zustandes zur Zeit der Menstruation sind ausserordentlich häufig. Die mitgetheilten Krankengeschichten (s. besonders Fall II.) enthalten gleichfalls Beispiele davon.

Ob es ausser der Menstruation noch einen andern

[1]) Irresein zur Zeit der Menstruation. Archiv für Psych. Bd. VIII.

Zustand giebt, der als auslösender Reiz für die Anfälle der periodischen Manie angesehen werden darf, ist zweifelhaft.

Kirn[1]) nimmt dies für gewisse Fälle von Uterinleiden, Herzleiden und andern somatischen Affektionen an. Der von Zeit zu Zeit sich ändernde Zustand soll den Reiz für den jedesmaligen Ausbruch der Krankheit abgeben. Mendel[2]) bestreitet das insofern wohl mit Recht, als die von Kirn angeführten Beobachtungen thatsächlich nicht als beweisend anerkannt werden können. Dass aber desshalb, wie Mendel meint, die Menstruation als einziges auslösendes Moment für die nicht idiopatisch zustande kommenden Anfälle periodischer Manie anerkannt werden muss, erscheint mir doch zu weit gegangen. Es ist doch wohl sicher, dass auch ausser der Menstruation andersartige physiologische oder pathologische Veränderungen eines Organs den Anlass für den jedesmaligen Ausbruch periodischer maniakalischer Anfälle abgeben können. So steht z. B. der Ausbruch des vierten maniakalischen Anfalls im Fall II. zweifellos mit der kurz vorher stattgehabten Geburt in Beziehung. Ich führe ferner an, dass im ersten der von mir mitgeteilten Krankheitsfälle der Ausbruch der Anfälle in einem ersichtlichen Zusammenhang stand mit den Exacerbationen der asthmatischen Beschwerden, an denen Patient litt. Dass Fälle dieser Art gegenüber der Menstruation als auslösendem Reiz an Zahl sehr zurücktreten, ist allerdings zweifellos, wie überhaupt die Gruppe der nicht idiopathischen Fälle im Sinne Kirn's eine relativ kleine ist. Früher hat man allerdings auch für die idiopathischen Fälle nach auslösenden Momenten ge-

[1]) l. c. p. 100.

[2]) l. c. p. 82.

sucht und hat besonders Vorgänge in der Aussenwelt mit denselben in ätiologische Beziehung gebracht: zumal auf kosmische Einflüsse wurde in dieser Hinsicht ein grosses Gewicht gelegt.

Ich erwähnte schon eingangs, dass Pinel der Ansicht war, die heisse Jahreszeit sei dem Ausbruch des Anfalls günstig; Forster glaubte einen Zusammenhang mit dem Elektricitätsgehalt der Luft annehmen zu müssen. Später hat alsdann Koster[1]) sehr genaue Studien über den Zusammenhang der Mondnähe und -ferne mit dem Ausbruch der maniakalischen Anfälle bei der periodischen Manie gemacht und Lombroso[2]) glaubte Beziehungen derselben zu den Schwankungen des Barometers nachweisen zu können. Alles das muss als unbewiesen und wohl auch unwissenschaftlich zurückgewiesen werden. Wir kennen eben, von den genannten physiologischen und pathologischen Organveränderungen abgesehen, als ätiologisch wirksame Momente für die Hervorrufung des Einzelanfalles bei der periodischen Manie keine anderen Thatsachen, als sie für die Geisteskrankheiten überhaupt gelten. Psychische Einflüsse, wie Aerger und Schreck, anstrengende körperliche Arbeit, Alkoholmissbrauch können natürlich ebensogut für den Ausbruch eines Anfalles der periodischen Manie von Bedeutung sein, wie sie zu einer einfachen Manie in ätiologischer Beziehung stehen können. Die mitgetheilten Krankengeschichten enthalten verschiedene Beispiele davon.

Ich komme nun zu Symptomatologie der periodischen Manie.

Als Hauptcharakteristicum der periodischen Psy-

[1]) Untersuchungen über den Einfluss des Mondes auf das periodische Irresein. Zeitschr. f. Psych. Bd. 16. p. 487 u. 694.

[2]) Arch. f. Psych. Bd. I. p. 186.

chosen überhaupt betont Kirn, der sich um den Ausbau dieses Kapitels der Psychiatrie besondere Verdienste erworben hat, die typische Gleichheit der Anfälle hinsichtlich ihres Verlaufes und ihrer Symptome. Auf diese charakteristische Gleichheit, die zwar von Falret[1]) und Spielmann[2]) schon gekannt, aber nicht in gebührender Weise gewürdigt worden ist, legt Kirn den diagnostischen Schwerpunkt; er vindiciert ihr den Charakter photographischer Treue[3]). Es unterliegt keinem Zweifel, dass es viele Fälle giebt, deren Anfälle stets in der gleichen Weise beginnen, stets mit denselben Hallucinationen und Wahnvorstellungen ausgestattet sind, in denen Reden und Handlungen mit erstaunlicher Regelmässigkeit sich wiederholen. Die Litteratur erhält zahlreiche derartige Fälle. Aus den von mir mitgetheilten Krankengeschichten erwähne ich, die in jedem Anfall wiederkehrende Neigung, sich nackt auszuziehen im Fall I., die eigentümliche Wahnidee, Ziegen im Leibe zu haben bei Fall IV., oder ein untergeschobenes Kind zu sein, im Fall VII. Im Fall II. beginnt eine Reihe von Anfällen in stets gleicher Weise damit, dass die Patientin plötzlich zum Fenster hinaus will, wobei sie wiederholt eine Scheibe zerschlägt. Immerhin ist das Kirn'sche Wort von der photographischen Treue cum grano salis zu verstehen. Dass die Dauer der Anfälle nicht selten wechselt, habe ich schon erwähnt. Krafft-Ebing[4]) macht darauf aufmerksam, dass bei dem oft jahrzentelangen Bestehen der Krankheit, wohl unter dem Einfluss sekundärer Hirnveränderungen, sich manches in dem Bilde ändern kann, dass

[1]) Malad. mental. p. 458 und 462.

[2]) Diagnostik S. 324.

[3]) Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 26. p. 373.

[4]) l. c. S. 475.

besonders Zeichen psychischer Schwäche mit der Zeit mehr in den Vordergrund treten; nach ihm gilt die stereotype Congruenz der Anfälle daher nur für einen längeren Verlaufsabschnitt der Krankheit. Ich meine mit Mendel[1]), dass auch in der Intensisät der Anfälle bedeutende Schwankungen vorkommen können; so heisst es z. B. bei Fall V.: die Anfälle nehmen fast jedesmal an Intensität zu; auch der dritte von mir mitgeteilte Krankheitsfall ist ein Beispiel dafür. Während die beiden ersten Anfälle relativ leicht verlaufen sind, die maniakalische Exaltation nur eine mässige Höhe erreicht hat, verläuft der dritte Anfall in drei Attaquen schwerer, intensiver Manie; diese drei Paroxysmen selbst unterscheiden sich wesentlich. Während in dem ersten Grössenideen massenhaft vorhanden sind, fehlen dieselben in den beiden andern völlig. Leider habe ich über den weiteren Verlauf der Krankheit nichts in Erfahrung bringen können; immerhin scheint mir der Fall zu beweisen, dass, wenn der typisch gleiche Verlauf für die meisten Fälle periodischer Manie auch zu Recht bestehen mag, Ausnahmefälle doch entschieden auch vorkommen.

Was nun den Verlauf im einzelnen anbetrifft, so hat Kirn[2]) darauf hingewiesen, dass dem Anfall jedesmal somatische Funktionsstörungen vorauseilen, die teils der vasomotorischen Sphäre angehören, und sich dann als Kongestionen und Herzklopfen äussern, teils der sensiblen Sphäre zugehörig sind und dann als Neuralgien oder Sensibilitätsanomalien auftreten. Diese, wie Krafft-Ebing sie nennt, auraähnlichen Symptome, gehen jedem Anfall in gleicher Weise voraus und

[1]) l. c. p. 77.
[2]) l. c. p. 29.

sind für denselben so charakteristisch, dass sich das Herannahen eines Anfalls aus ihnen diagnosticieren lässt.

Eine andere Frage ist es, ob ausser diesen somatischen Erscheinungen auch noch solche psychischer Natur den Anfall einleiten. Die meisten Autoren (Spielmann, Schüle, Kirn) bejahen dies und weisen darauf hin, dass jedem Anfall ein Stadium melancholicum vorausgehe, nur Krafft-Ebing[1]) leugnet es und behauptet, die primäre Entstehung der maniakalischen Anfälle bei der periodischen Manie.

Es ist wohl kaum zweifelhaft, dass Zustände melancholischer Depression dem Anfall vorausgehen können, denn man wird nicht annehmen dürfen, dass die genannten Autoren falsch beobachtet haben. Es käme also darauf an, ob Krafft-Ebing Recht hat, wenn er meint, die Entscheidung der Frage hänge davon ab, was man unter melancholischem Prodromalstadium versteht; die Zustände von Schlaflosigkeit und allgemeiner Unbehaglichkeit, die den maniakalischen Anfällen periodischen Irreseins häufig vorauseilen, dürfen nach ihm als melancholische Depression nicht bezeichnet werden; sie leiten ebensogut eine Infektionskrankheit wie eine Psychose ein. Indessen bleibt das melancholische Vorstadium doch wohl nicht auf so unbestimmte Aeusserungen beschränkt, wie die ebengenannte. Liest man z. B. die in der Kirn'schen Monographie mitgetheilten Krankengeschichten, sieht man, wie in denselben Fälle mitgetheilt werden, in denen sich die Aeusserungen des melancholischen Vorstadiums bis zum tædium vitæ mit Selbstmordversuchen steigerten, so kann an dem Vorkommen eines solchen wohl kein Zweifel sein: es könnte sich höchstens um eine Verwechslung mit cirkulärem Irresein handeln, was doch nicht wohl anzu-

[1]) l. c. p. 471.

nehmen ist. Dass also ein stadium melancholicum den maniakalischen Anfall einleiten kann, darf als nicht zweifelhaft gelten, ebenso kann indess mit Sicherheit verneint werden, dass das jedesmal der Fall sein muss. Es ist das übrigens von keiner Seite behauptet worden. Kirn konnte das melancholische Vorstadium unter 13 Fällen 11 mal sicher constatieren. Ich konnte aus den Krankengeschichten der hiesigen Klinik eine gleiche Häufigkeit nicht herausfinden, indessen bemerke ich, dass dieselben anamnestische Angaben bei den einzelnen Anfällen häufig nicht enthalten.

Was die von mir ausführlich mitgetheilten Fälle anbetrifft, so kann für den fünften und achten Anfall im Fall I. ein melancholisches Vorstadium angenommen werden. Für die übrigen Anfälle bleibt ein solches zweifelhaft. Bei Fall II. geht dem dritten und fünften Anfall zweifellos ein melancholisches Stadium voraus, bei dem ersten und vierten fehlt es, für die übrigen bleibt es zweifelhaft. Im Fall III. finden wir beim dritten Anfall die Bemerkung: melancholische Verstimmung ging diesmal nicht vorher, woraus wohl zu folgern ist, dass für die beiden vorhergehenden Anfälle eine solche vorhanden war, dasselbe gilt für die Bemerkung bei Fall IV. fünfter Anfall: Mitte Oktober wird sie allmählig wieder aufgeregt. Diesmal mit einem deutlichen melancholischen Vorstadium; es äusserste sich dasselbe hauptsächlich in der Angst, umgebracht zu werden. Wie man also sieht, kann das Verhalten bei den einzelnen Paroxysmen desselben Falles verschieden sein.

Im allgemeinen kann man wohl sagen, dass ein Vorstadium melancholischer Verstimmung in der Mehrzahl der Fälle nicht vermisst wird; besonders bei den ersten Anfällen ist es meisst deutlich ausgeprägt, während es im Verlauf der Krankheit in manchen

Fällen mehr und mehr abgeschwächt zu werden scheint, um dann für gewisse Fälle ganz zu verschwinden. Uebrigens kann es durch jene genannten Trophoneurosen zuweilen ersetzt werden.

Ziemlich unerwartet und plötzlich geht alsdann das melancholische Vorstadium, wo es vorhanden, in den maniakalischen Zustand über. Es kann der Umschlag unter Umständen so plötzlich vor sich gehen, dass der Eintritt der maniakalischen Erregung bis auf die Stunde festzustellen ist, wie z. B. bei Fall II dritter Anfall. Der Paroxysmus selbst verläuft, wie alle Autoren übereinstimmend angeben, in den meisten Fällen als einfache, mässig starke maniakalische Exaltation, die nur kurze Zeit zu tieferen Störungen des Bewusstseins mit Halluncinationen und Wahnvorstellungen führt. Dem degenerativen Boden, aus dem die meisten Fälle periodischer Manie hervorgehen, entsprechend, verlaufen die Anfälle am häufigsten unter dem Bilde der Folie raisonnante und moral insanity; indem die inhaltlichen Störungen des Vorstellens stark zurücktreten, erhält das ganze einen vorwiegend unsittlichen Charakter. „Alle Anomalien und Verkehrtheiten des Fühlens und Strebens in Begleitung einer schaalen, rechtfertigenden Dialektik schwärzen sich in die Züge der Tobsucht nicht selten als deren selbstständige Vertreter ein". (Schüle) [1]).

Der dritte von mir mitgeteilte Krankheitsfall zeigt das in typischer Weise: schon frühzeitig macht sich in dem Charakter des Patienten das Erbteil seiner Ahnen bemerklich, die Züge der moral insanity treten deutlich bei ihm hervor. Die Krankengeschichte schildert ihn als bösartig und misstrauisch; er hasst seine Mutter und Schwester, wünscht ihren Tod und scheut sich nicht, auf dieselbe loszuschlagen. Dabei ist er für

[1]) l. c. S. 428.

jegliche Beschäftigung untauglich, aus allen seinen Stellungen läuft er fort, treibt sich planlos umher und kehrt erst des Nachts heim. Auch die maniakalischen Anfälle tragen die gleichen Züge, Halluncinationen fehlen völlig, die motorische Erregung nimmt nur einmal einen intensiven Grad an, hingegen ist das Bild der Folie raisonnante deutlich ausgesprochen. Er weiss sein Benehmen geschickt zu entschuldigen, giebt die Gründe an, warum er seinen Beruf so oft gewechselt, die Mutter und Schwester hat er nicht angegriffen, sondern sich nur verteidigt, seine Verschwendung motiviert er mit der Grösse des Vermögens, das er nicht erworben, sondern ererbt hat, und über das er genau Rechnung führt.

Neben Fällen dieser Art, die bei der periodischen Manie die Mehrzahl bilden, giebt es dann auch Fälle, die mehr den Charakter der einfachen Manie tragen und mit tieferen Störungen des Bewusstseins, intensiverer motorischer Entladung, mit Halluncinationen und Wahnvorstellungen einhergehen, wie z. B. der vierte von mir mitgeteilte Krankheitsfall.

Ziemlich plötzlich wie der Anfall begonnen endet er auch und geht in ein Stadium der Erschöpfung über, das nicht selten einen melancholischen Charakter annimmt. Letzteres wird von Krafft-Ebing in gleicher Weise geleugnet wie das melancholische Vorstadium, dürfte aber aus denselben Gründen zu Recht bestehen wie dieses. Dass übrigens ein Anfall der periodischen Manie auch mit dem Tode endigen kann, beweisst der bereits erwähnte von Westphal mitgeteilte Krankheitsfall.

Zum Schlusse dieser Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Jolly für die Anregung zur Bearbeitung derselben, sowie für die Ueberlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.